

Année 1903

THÈSE

N°

12

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

Présentée et soutenue le Mercredi 4 Novembre 1903, à 1 heure

PAR

Louis GODARD

INDICATIONS PRINCIPALES

DE LA

CYSTOSTOMIE SUS-PUBIENNE D'URGENCE

PRÉSIDENT : M. TERRIER, Professeur.

JUGES { MM. TILLAUX, Professeur.

BROCA (Aug.),

MAUCLAIRE,

} Agrégés.

PARIS

LIBRAIRIE MÉDICALE ET SCIENTIFIQUE

JULES ROUSSET

4, RUE CASIMIR-DELAVIGNE ET 12, RUE MONSIEUR-LE-PRINCE
(anciennement 36, rue Serpente)

1903

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Doyen.	M. DEBOVE.
Professeurs.	MM.
Anatomie	POIRIER.
Physiologie	CH. RICHET.
Physique médicale.	GARIEL.
Chimie organique et chimie minérale.	GAUTIER.
Histoire naturelle médicale.	BLANCHARD.
Pathologie et thérapeutique générales.	BOUCHARD.
Pathologie médicale	HUTINEL.
Pathologie chirurgicale	BRISAUD.
Anatomie pathologique	LANNELONGUE
Histologie	CORNIL.
Opérations et appareils	MATHIAS DUVAL
Pharmacologie et Matière médicale	BERGER.
Thérapeutique	POUCHET.
Hygiène	GILBERT.
Médecine légale	PROUST.
Histoire de la médecine et de la chirurgie	BROUARDEL.
Pathologie comparée et expérimentale.	DEJERINE.
	CHANTEMESSE
Clinique médicale.	DEBOVE.
	LANDOUZY.
	HAYEM.
Clinique des maladies des enfants.	DIEULAFOY.
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques	GRANCHER.
Clinique de pathologie mentale et des maladies de l'encéphale	GAUCHER.
Clinique des maladies du système nerveux	JOFFROY.
	RAYMOND.
Clinique chirurgicale.	TERRIER.
	DUPLAY.
	LE DENTU.
Clinique ophtalmologique	TILLAX.
Clinique des maladies des voies urinaires	LAPERSONNE.
Clinique d'accouchement.	GUYON.
	PINARD.
	BUDIN.

Agrégés en exercice.

MM.	DUPRÉ.	LEGRY.	TEISSIER.
ACHARD.	FAURE.	LEGUEU.	THIERY.
AUVRAY.	GILLES DE LA	LEPAGE	THIROLOIX.
BEZANÇON.	TOURETTE.	MARION.	THOINOT.
BONNAIRE.	GOSSET.	MAUCLAIRE.	VAQUEZ.
BROCA (Aug.).	GOUJET.	MERY.	WALLICH.
BROCA (André).	GUIART.	POTOCKI.	WALTHER.
CHASSEVANT.	HARTMANN.	RENON.	WIDAL.
CUNEO.	JEANSELME.	RICHAUD.	WURTZ.
DEMELIN.	LANGLOIS.	RIEFEL, chef	
DESGREZ.	LAUNOIS.	des trav. anat.	

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'École a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

Je dédie cette Thèse :

A LA MÉMOIRE VÉNÉRÉE DE MON PÈRE

A MA MÈRE BIEN AIMÉE

Faible témoignage de respect, de reconnaissance,
et d'amour filial

A MES SŒURS, A MES FRÈRES

A TOUS MES PARENTS

et particulièrement

A M. et M^{me} LOUIS BRAINNE

A MES AMIS

A MON PRÉSIDENT DE THÈSE
MONSIEUR LE PROFESSEUR TERRIER

PROFESSEUR DE CLINIQUE CHIRURGICALE A LA PITIÉ
CHIRURGIEN DES HOPITAUX
MEMBRE DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE
COMMANDEUR DE LA LÉGION D'HONNEUR

AVANT-PROPOS

Poussé par les conseils de M. le docteur *C. Fournier*, professeur à l'Ecole de Médecine d'Amiens — à qui nous sommes heureux de témoigner ici notre vive et sincère reconnaissance — nous avons entrepris l'étude des *Indications principales de la Cystostomie sus-pubienne d'urgence*.

Ce sujet nous a paru des plus intéressants à l'heure actuelle où la chirurgie, attirée par le progrès vers les traitements curateurs, traverse une période, toute de transition, marquée par les tendances de plus en plus accusées à délaisser la thérapeutique palliative, et la cystostomie sus-pubienne en particulier. Nous avons pu parcourir un vaste champ d'études, qui fut très exploré sans doute, mais où les matériaux sont si abondants qu'il nous a été possible de trouver beaucoup de faits intéressants à rapporter et quelques vues personnelles à mettre en relief, nous permettant de présenter un exposé succinct et aussi précis que possible des principales indications d'urgence de la cystostomie sus-pubienne dans la chirurgie de ce jour.

Nous avons été encouragé dans cette voie par M. le professeur agrégé *Lejars*, qui a bien voulu nous donner quelques précieux conseils : nous ne saurions trop l'en remercier.

M. le professeur *Poncet* (de Lyon), lui-même, nous a donné son *Traité de la cystostomie sus-pubienne* pour guide : nous lui adressons tous nos remerciements respectueux et d'autant plus vifs, qu'il nous a autorisé à faire de nombreux emprunts à son travail ainsi qu'à ses remarquables publications. Nous osons espérer qu'il nous pardonnera de n'avoir pas toujours eu les mêmes vues que lui sur la méthode qui est sienne : nourri des enseignements de l'Ecole de Paris, c'eût été ingratitude de notre part de renier les leçons de nos maîtres. Du reste, l'impartialité que nous avons voulu mettre avant tout dans notre travail, nous le défendait.

Son collaborateur et ex-chef de clinique, M. le docteur *X. Delore* a eu l'extrême générosité de nous procurer les observations de cystostomies sus-pubiennes, pratiquées par lui depuis 1899 : les plus intéressantes ont servi de base à ce travail, avec celles que nous a si aimablement communiquées notre ami, le docteur *V. Pauchet*, l'éminent chirurgien d'Amiens. Leurs conseils nous ont été également d'un précieux auxiliaire : nous nous réjouissons de pouvoir leur témoigner notre plus sincère gratitude.

Enfin, avant d'aborder notre sujet, il nous faut jeter un regard en arrière et remplir ici publiquement un devoir bien doux, celui de la reconnaissance. Nous avons à cœur de remercier nos maîtres, qui nous ont servi de guides au cours de nos études et de qui nous tenons le peu que nous savons de la science médicale.

Nos remerciements vont d'abord à MM. les docteurs *Duguet* et *Campenon* : ils furent nos premiers maîtres, l'un en médecine, l'autre en chirurgie :

nous nous souviendrons toujours combien ils furent bienveillants à notre égard, et nous nous garderons d'oublier leurs excellentes leçons cliniques ; qu'ils nous permettent de leur adresser l'expression de notre vive gratitude.

Nous avons eu l'honneur d'appartenir quelques mois au service de M. le professeur *Grancher* : nous ne saurions trop le remercier de la bonté qu'il nous a témoignée. Dans ce même service, M. le docteur *Méry*, professeur agrégé, a été pour nous le plus dévoué des maîtres : nous lui en exprimons toute notre reconnaissance. Nous adressons aussi nos remerciements au docteur *J. Hallé*, chef de clinique, qui n'a cessé de nous porter le plus grand intérêt.

M. le docteur *Maygrier*, professeur agrégé, nous a initié à l'obstétrique : la sollicitude qu'il y a apportée nous a trop touché pour que nous ne lui en exprimions pas toute notre gratitude.

Attaché pendant quelque temps à la Polyclinique des Enfants-Malades (service de M. le professeur *Grancher*) nous y avons rencontré en MM. *Jacquet* et *Cuvillier*, des guides sûrs qui ne nous ont jamais mesuré leurs enseignements et leurs conseils : nous les en remercions bien sincèrement.

Nous sommes également reconnaissant envers tous nos maîtres, notamment MM. les professeurs *Tillaux*, *Le Dentu*, *Debove*, et MM. les docteurs *Comby* et *Marfan*, dont nous avons fréquenté les services plus particulièrement que les autres.

Enfin, nous remercions M. le professeur *Terrier* d'avoir bien voulu nous faire le grand honneur d'accepter la présidence de notre thèse : qu'il nous permette de lui adresser l'expression de notre admiration et de notre respect.

INDICATIONS PRINCIPALES

de la

CYSTOSTOMIE SUS-PUBIENNE D'URGENCE

Définition. — Division

La *cystostomie sus-pubienne* consiste, d'une manière générale, dans toute opération ayant pour but d'assurer le libre écoulement de l'urine par une ouverture artificielle hypogastrique, véritable voie contre nature destinée à demeurer ouverte plus ou moins longtemps (*C. temporaire*) quelquefois même indéfiniment (*C. permanente*).

Tantôt le méat sus-pubien, ainsi formé, sera créé volontairement et méthodiquement par la suture des bords de la plaie vésicale à ceux de l'incision abdominale : c'est la cystostomie sus-pubienne proprement dite, l'opération de Poncet-Mac Guire. Tantôt l'opération ne sera qu'une taille hypogastrique classique, une cystotomie longitudinale ou transversale, simple incision ou même simple boutonnière sus-pubienne,

sans suture vésico-cutanée, mais avec drainage consécutif de la vessie. Tantôt et uniquement dans quelques cas de traumatismes de la vessie, on utilisera la brèche vésicale pour en drainer la cavité : c'est la cystostomie de nécessité (Socin et Garret, Le Dentu). Tantôt enfin, et tout à fait exceptionnellement, on pourra se trouver dans l'obligation de ne faire qu'un cystodrainage de Lejars, c'est-à-dire une ponction de Méry avec gros trocart dont la canule laissée à demeure sert à drainer la vessie.

Peu importe, par conséquent, le procédé opératoire employé, cystostomie proprement dite, incision simple de la vessie suivie de drainage, cystostomie de nécessité, cystodrainage, ne sont que des procédés différents — bien que de valeur inégale — d'une même méthode qui a pour but, soit de ramener la miction momentanément ou irremédiablement compromise, soit de drainer et d'aseptiser une vessie infectée, soit de combattre les hémorragies et les douleurs vésicales, etc..

Cystostomiser d'urgence — dirons-nous enfin avec Faure (*Thèse de Lyon, 1895*) — c'est créer un méat hypogastrique artificiel « nécessité par des accidents d'une « gravité telle, soit au point de vue fonctionnel, soit « au point de vue des dangers encourus par le malade « que toute temporisation doit être rejetée ».

Ainsi comprise, la cystostomie sus-pubienne doit-elle rencontrer des indications ? Quand les rencontrera-t-elle ? Telles sont les questions qui résument le sujet de cette thèse.

C'est dire que nous avons volontairement laissé de côté la description de la technique opératoire des dif-

férents procédés de cystostomie : la taille hypogastrique, qu'elle soit longitudinale ou transversale, avec ou sans suture vésico-cutanée, est une opération depuis longtemps classique ; le cystodrainage est bien connu de tous.

Les moyens de drainage consécutif à la taille (drain, sonde de Pezzer ou de Malécot, tubes Guyon-Périer, etc.) sont également de pratique courante : il eut été superflu de revenir sur leur étude.

Nous ne nous occupons pas non plus, à dessein, de l'anatomie pathologique et de la symptomatologie des affections que nous étudions : leur étude nous eut entraîné trop loin.

Limité de la sorte, notre sujet comprendra trois parties principales :

Dans une *première partie* que nous consacrons aux généralités, après avoir dit quelques mots sur la genèse et l'évolution de la cystostomie sus-pubienne, il nous a paru nécessaire de placer quelques considérations, qui, en montrant la conception que l'on doit se faire actuellement de cette opération, seront pour nous comme un point de départ vers l'étude de ses indications. Nous examinons ensuite le rôle de la cystostomie comme opération d'urgence : c'est l'étude de ses indications générales.

Dans la *deuxième partie*, nous passons en revue les différentes affections de l'appareil urinaire dans lesquelles on peut utiliser cette opération ; mais, tandis que nous effleurons à peine tout ce qui a trait à certaines maladies dans lesquelles la cystostomie a sa place bien marquée maintenant, nous insistons tout spécialement sur celles qui nous ont semblé présenter quelque changement.

Une *troisième partie* comprend les observations que

nous avons pu réunir : c'est la confirmation de ce que nous rapportons, et la justification de ce que nous avançons parfois. Après quoi, viennent nos *conclusions*.

I

« La cystostomie sus-pubienne est une opération « surannée, c'est une mauvaise opération » ; tel est le langage que nous tinrent certains chirurgiens des plus éminents, à qui nous demandions conseil.

Nous avons voulu rechercher le pourquoi de ce jugement sévère à l'endroit de l'opération qui nous intéresse : pour ce faire, nous avons étudié la cystostomie dans l'histoire d'abord, puis devant l'expérience qu'en ont faite les chirurgiens.

Historique

Quelques mots seulement sur la genèse de la cystostomie sus-pubienne et sur les étapes qu'elle a parcourues, suffisent à montrer que, dans la plupart des affections où elle a été utilisée, elle n'est plus aujourd'hui ce qu'elle était autrefois.

Avant 1888, pendant une période assez indéterminée, que l'on peut toutefois faire remonter à 1856, on utilisa une vieille opération, la taille hypogastrique, mais sans indications précises.

Il est juste de dire, cependant, que l'idée de donner issue par l'hypogastre à l'urine renfermée dans la vessie, afin de suppléer à l'urètre normal, fut d'abord

exécutée par la ponction sus-pubienne, en 1701, par Méry, dans la rétention d'urine avec cathétérisme impraticable. Chopart (*Traité des maladies des roies urinaires*, 1791) l'employa de même plus tard, après échec du cathétérisme avec aspiration, dans certains cas de tumeurs de la vessie avec rétention par caillots.

A partir de 1856, on ouvre la vessie : dans quelques cas de rétention d'urine d'origine prostatique où le cathétérisme restait impossible ou impuissant, quelques chirurgiens, Sédillot, Anger, Bœkel, Thompson, Röhmer, Forgue, Burkton-Browne, Tédénat, Richardson, Follet, etc., pratiquèrent la taille haute, avec ou sans succès, mais toujours à titre d'opération d'urgence, sans se préoccuper de rechercher un procédé pour éviter le retour des accidents ayant motivé leur intervention.

En 1885, cependant, Woolseley (*Journ. of. cut. and. syph. diseases*, oct. 1885) fit une cystostomie hypogastrique sur un prostatique, draina quelques jours la vessie, puis pratiqua une prostatectomie qui guérit son malade.

Dans d'autres circonstances, Weirr (1884), Schraddy, (*Médical Record*, 1886), Boud, drainèrent la vessie, ouverte d'urgence, dans des cas de ruptures de cet organe : Garret et Socin (*Bl. f. Schw. aertzte*, 1885) firent même, dans un cas semblable, la suture vésico-cutanée, véritable cystostomie de nécessité.

Dans un autre ordre d'idées, Guyon, Hartmann, Schatz, Ergenbohl, Bardenhauer, Brohl, etc., ouvrirent et drainèrent la vessie par l'hypogastre dans certains cas de cystites, douloureuses ou tuberculeuses.

La méthode était alors ébauchée.

Il devait appartenir au professeur Poncet (de Lyon) et à Mac-Guire, chirurgien de Richemond, d'inaugurer par leurs travaux simultanés, une nouvelle période, qui devait être l'ère de prospérité de la cystostomie sus-pubienne. Avec eux, en 1888-89, apparaît nettement l'intention de prévenir les accidents ultérieurs du prostatisme, par la création d'un méat artificiel, non seulement temporaire, mais définitif ; ils emploient dans ce but l'incision hypogastrique de la vessie avec suture vésico-cutanée.

Créée par eux pour les prostatiques, la cystostomie va bientôt être appliquée aux rétrécissements urétraux, aux cancers de la prostate et de la vessie, aux cystistes, etc., avec des indications nettement spécifiées.

C'est grâce surtout aux travaux de l'Ecole de Lyon qu'elle prend un tel essor. Qu'il nous suffise de citer, entre autres, les thèses de Bonan, Ogier, Lagoutte, Poullain, Paul, Rollet, Coullaud, Thiollier, Faure, Delore, Rebillard, Domage, Hahn, résumant et complétant les nombreuses études et publications de MM. Poncet, Diday, Gangolphe, Jaboulay, Tussau, Vincent, Guillemot, Tellier, Orcel, Curtillet, Vallas, Bérard, Sargnon, etc.

L'école de Necker et les chirurgiens parisiens n'ont pas, d'une façon générale, partagé l'enthousiasme des Lyonnais pour la cystostomie. Ils y ont eu souvent recours cependant ; c'est en nombre que l'on trouve des études sur la question, et des observations relatant l'emploi de la cystostomie dans des cas de nature variée. MM. Guyon, Lejars, Tillaux, Malherbe, Petit, Legueu, Bazy, Desnos, Albarran, Rémy, Picqué, Mauclair, Routier, Tuffier, Hartmann, Segond, Jalaguier, et bien d'autres encore, s'occupent de

cette opération ou la pratiquent. Nous pouvons, également, signaler de nombreuses thèses, notamment celles de Boutan, Vignard, Auneau, Michon, Flørsheim, Wassermann, Jullien, qui, d'une façon plus ou moins directe, s'occupent de la cystostomie.

A Toulouse c'est encore Audry et Loubat, à Montpellier c'est Tédénat et Saçaze, c'est Pousson et Loumeau à Bordeaux, c'est Carlier à Lille, c'est Gross et Guyon à Nancy, c'est Delagenière, c'est Bosset qui publient, à différentes reprises, leurs travaux sur l'incision thérapeutique de la vessie.

Quoi qu'il en soit, certaines de ces études semblent tout particulièrement marquer les étapes parcourues par la cystostomie pendant cette période.

Tout d'abord, en 1892-93, les thèses de S. Bonan à Lyon, de Boutan à Paris, retracent la genèse de cette opération, sa méthode, ses indications et ses conséquences : elles classent la cystostomie parmi les opérations courantes de la chirurgie contemporaine. En 1894, ce mode de traitement du prostatisme fut soumis à la Société de chirurgie de Paris, par M. Poncet, dont les conclusions furent acceptées. L'année suivante, devant cette même Société, MM. Pousson, Legueu, et Delagenière marquent la place de la fistulisation de la vessie dans le traitement des néoplasmes vésicaux.

En 1896-97, l'opération de la cystostomie est déjà suffisamment ancienne et répandue pour qu'on puisse en étudier les effets éloignés. Ce que l'illustre Diday avait esquissé en 1893, ce que Lagoutte avait parfaitement étudié en 1894, M. X. Delore va l'approfondir en 1897, dans sa thèse : « *De la fonction d'un « nouvel urètre (urètre hypogastrique) chez les prostatiques anciennement cystostomisés.* »

Cette étude des résultats et des indications qui avait été faite à Lyon par M. Poncet et ses élèves, c'est M. Michon qui l'entreprend à Paris. Dans une importante et remarquable thèse, en 1896, il montre la valeur thérapeutique de l'incision hypogastrique de la vessie dans le traitement de l'hématurie, de la rétention, de l'infection et de la douleur.

Puis, en 1898, devant l'Académie de Médecine de Paris, M. Poncet donne les résultats éloignés de 114 observations de cystostomie.

On peut dire qu'alors, grâce à l'apport de nombreuses et importantes observations qui lui ont donné l'appui d'un contrôle clinique sérieux et de résultats satisfaisants, la cystostomie était admise généralement comme traitement palliatif, curatif même, dans certains cas.

A l'étranger, comme en France, en effet, les indications de la cystostomie ont aussi fortement préoccupé les chirurgiens.

En Amérique, nous relevons, entre cent, les noms de Mac-Guire, de Richardson, de Stamm, d'Hamilton, d'Helmuth, de Wishead, de Dyer-Sanger, d'Harrisson, de Pilcher, d'Hayes, de Withe, de Watson, de Packard, de Cabot, de Conner, d'Emmet, de Johnson, etc. En Angleterre, nous nous contenterons de rappeler les travaux de Moulin Mansell, d'Owen, de Cheeseman, de Davis, de Kingston, de Lydston, de Myler et Spanton, de Chance Arthur, de Boud et Tubby, de Washman, de Tucker, ceux enfin, d'Eliot et de Cull, soit qu'ils aient traité de la cystostomie dans le prostaticisme, dans l'hémorragie vésicale, dans les ruptures de la vessie et de l'urètre, etc., soit qu'ils se soient occupés des résultats fonctionnels du méat sus-pubien.

En Allemagne, Sanger, Witzel, Zweifel, Martin,

Zuckerkandl, Wiesinger, Alberti, Socin, Kümmel, Allina, Helfferich et Fæderer se sont tout particulièrement occupés de la cystostomie.

Les Belges ont adopté l'opération de Poncet après les travaux de Debaisieux, Desguin, Béghin, Polis, Verhoogen, etc.

Enfin, en Italie, nous devons mentionner les études de Nacciarone, de Parona, d'Infantino, etc. En Russie, celles de Pzewalski (1896), de Tchernianszki, d'Archangelskaia. En Suède, celles de Swennson et de Bjorn Hoderus, qui pratiquèrent ou étudièrent la cystostomie. A la Société de Médecine de Constantinople, en 1899, M. Antipas présente des observations de prostatiques cystostomisés qui sont l'objet d'une discussion à laquelle prennent part Secoulis, Serposian, Jacoussian, etc. : ces chirurgiens admettent l'opération, et en rapportent de beaux exemples.

La seconde période de l'histoire de la cystostomie touche à sa fin : elle a été le règne des traitements palliatifs. C'est alors que MM. Poncet et Delore publient leur « *Traité de la Cystostomie sus-pubienne* » revue complète et parfaite de la question à cette époque (1899); cet admirable ouvrage comprend l'historique et l'évolution de la cystostomie pendant les 10 années qui viennent de s'écouler; le manuel opératoire, les variétés, et la discussion des indications y sont parfaitement exposés, tant pour le prostatisme que pour les autres affections où elle a été utilisée.

Mais avec 1899-1900, commence une troisième période, dans laquelle les études sur la cystostomie semblent se faire plus rares, et surtout paraissent moins importantes.

En France, Brennam, Delore, Verrière, Escat,

Garrel, Piollet, Bousquet, Adenot, Gayme, Laurent, Audry, Bérard et Trillat, Hamonic, Carlier, Chaput, publient de nouvelles observations commentées tant de prostatiques que de rétrécis, de cystites, de tuberculose vésicale, etc. Desnos, — dans une monographie des plus intéressantes : *Les Traitements modernes de l'hypertrophie de la prostate*, en 1901, — étudie les indications de la cystostomie, qu'indiquent également dans les Traités classiques Tuffier, Legueu, Albarran, Lejars, Ricard et Launay, Marion, etc.

A l'étranger, Bertin Williams, Furstenberg, Wentzel, Orville Howitz, Ch. Powers, Carpentier, Ravasini, Leclerc-Dandoy, Blagojewtschenski et Mineera, écrivent sur la cystostomie, ou en relatent des exemples. Clarke Bruce, Lilienthal, emploient cette opération comme temps préliminaire d'une prostatectomie, conduite qu'avaient tenue quelques années avant Woolseley (*loc. cit.*) et Socin (cité par Nienhaus, dans *Beitrag. Bruns*, 1894).

Ainsi, alors qu'elle fut prônée et préconisée un peu partout jusqu'en 1899, la cystostomie ne semble-t-elle pas avoir été délaissée depuis, si l'on en juge, du moins, par la rareté des publications qui l'intéressent ?

Vers la fin de la deuxième période, en effet (1899), tous les chirurgiens admettaient l'opération de Poncet et l'utilisaient comme traitement palliatif utile dans beaucoup de cas, avec des indications très étendues, mais plus ou moins cependant, suivant qu'ils adoptaient les idées de l'École de Necker ou celles de l'École lyonnaise. Mais depuis, il semble bien que l'on a utilisé de moins en moins

l'incision vésicale hypogastrique: dans la plupart des cas où l'on a établi un méat artificiel sus-pubien, on a été forcé par la nécessité, par l'urgence extrême. La cystostomie sus-pubienne paraît donc être retombée en enfance, pour ainsi dire, comme au temps de ses premières applications.

C'est que, dans certaines affections où la cystostomie était le plus fréquemment employée, on lui a préféré quelque traitement radical et curateur: c'est l'apparition de ces derniers, c'est surtout le perfectionnement apporté dans leur technique opératoire, c'est la supériorité chaque jour croissante de leurs résultats vitaux et fonctionnels, qui, selon nous, sont la cause de l'abandon de la cystostomie sus-pubienne.

C'est ainsi, par exemple, que dans l'histoire du traitement de *l'hypertrophie simple de la prostate*, il y a plusieurs phases bien distinctes qui semblent correspondre à la conception pathogénique qu'on s'est faite tour à tour de cette affection.

Jusqu'en 1885, les tendances étaient au traitement curatif; avec Mercier, Velpeau, Thompson, on allait droit à l'obstacle: la cystostomie n'était pas utile alors. Mais le mémoire de Launois (*Th. Paris*, 1885) rapportant les accidents du prostatisme à l'artériosclérose généralisée, attribuant ainsi tout à l'impuissance primitive de la vessie, arrête toute tentative de cure radicale; car, avec cette théorie, on est obligé d'admettre l'inutilité et l'inefficacité d'un traitement qui voudrait se porter sur l'obstacle prostatique lui-même. C'était la consécration du traitement palliatif, c'était la fortune de la cystostomie qui, nous le savons, naissait à cette époque.

Mais, dès 1896, Motz (1) rapporte les recherches d'Albarran et de Hallé, recherches que ces auteurs reprendront en 1898, et qui semblent démontrer la rareté de l'artériosclérose (20 à 30 0/0) chez les prostatiques. Casper en Allemagne, Griffith et Mansell Moulin (1899) en Angleterre ; Woolseley, Alexander (1898) en Amérique ; Camitti et Salomoni en Italie ; Ciechanowski, et la Thèse de Bohdanowicks (Paris 1899) viennent démontrer également que la rétention d'urine est surtout fonction de l'hypertrophie de la prostate, que la contractibilité vésicale n'est pas toujours aussi perdue qu'on pourrait le croire. Dès lors, il était logique de conclure qu'un traitement rationnel du prostatisme serait celui qui aurait la prétention d'être curatif.

Les recherches sont poussées dans cette voie : Dittel (1890), Rolson, Socin, Rydigier (1895), Baudet, Pyle, Mansell Moulin, Nicoll, Alexander (1894-96), Hotchin, Tédénat, Delagenière et tant d'autres tentent la prostatectomie, mais avec des succès très variables et plutôt douteux, car la technique opératoire n'est pas méthodique, les indications en sont mal spécifiées ; aussi, peut-on dire que jusqu'en 1899, les différents essais de cure radicale du prostatisme n'avaient donné que des résultats peu encourageants ; si bien que jusque-là, on employait la cystostomie sus-pubienne faute de mieux.

Mais, dès cette époque, grâce aux travaux de Gosset, Proust, Albarran, Desnos, Jaboulay, Adenot,

(1) Voir : MOTZ, Th. Paris, 1896-97. — ALBARRAN et HALLÉ : *Ann. org. gén. urin. et Société de biologie*, 1898. — CASPER : *Virchow's Archiv.* CXXVI, 4, 1891 et 1897. — GRIFFITH : *J. of. and. gén. urin. dis.* 1898. — WOOLSELEY : *Ibid*, 1895. — CAMITTI et SALOMONI : *Ingronamento prostatici*, Milano, 1897. — CIECHANOWSKI : *Centralbl., f. Chir.* 1893, n° 32, et *Ann. org. gén. urin.* 1901, p. 537.

etc., en France; de Freyer, Freudenberg, Bruce Clarke, Syms, Verhoogen, etc., à l'étranger; les résultats des prostatectomies, quelle qu'en soit la variété, se modifient dans un sens meilleur. Si bien qu'en fin 1900, au Congrès de Chirurgie, Legueu pouvait résumer l'état de la question à cette époque dans la phrase suivante : « Quelle que soit la nature intime de » l'adénome prostatique, quelles que soient les influ- » ences congestives qui s'associent à elle et modifient » le cycle régulier de son évolution, la prostate fait » obstacle sur le trajet de l'urine et la rétention, puis » l'infection, en est la suite. Des lors, la faveur doit » revenir aux opérations qui suppriment cet obstacle. » De fait, les événements viennent lui donner raison : chaque jour, les résultats des prostatectomies s'améliorent, chaque jour, le traitement curatif gagne de nouveaux partisans, tant en France qu'à l'étranger (1). De sorte que tout récemment, en 1903 (Congrès international de médecine de Madrid), M. Pousson pouvait déclarer, que si la prostatectomie partielle par la taille sus-pubienne ne donne qu'exceptionnellement de bons résultats, elle constitue une ressource précieuse contre les accidents infectieux, mais que la prostatectomie perineale est la seule opération qui remplisse toutes les indications de la cure radicale de l'hypertrophie de la prostate.

C'est l'affirmation absolue de la supériorité de la prostatectomie sur le traitement palliatif, du moins en tant que cystostomie, dont on ne parle plus guère que pour la rejeter.

(1) Voir R. Ponsse, Thèse Paris 1900 et *Mémoires de la Prostatectomie* précédant pour l'hygiène, Paris 1903; Ponsse anonyme, Thèse 1901. — Drou, Thèse Lyon 1901-1902. — J. Drou, Thèse Paris 1902. — Moxon, Thèse Paris 1902. — L. Bary, *Chirurgie* Montpellier 1902.

D'autant plus que l'école de Necker, M. le professeur Guyon en tête, achève de démontrer les avantages du cathétérisme méthodique, en particulier de la sonde à demeure, bien fixée et bien placée, dans la rétention, l'infection, l'hématurie (1) ; leurs preuves sont assez convaincantes et la multiplication des emplois de la sonde diminue d'autant celui de l'incision hypogastrique de la vessie.

Ce que nous venons de remarquer pour le traitement du prostatisme, nous pouvons le dire aussi du *cancer de la prostate*. Dans cette affection, le traitement curatif, la prostatectomie, tend de jour en jour à donner de meilleurs résultats qui, pour n'être pas aussi brillants que ceux du prostatisme, n'en sont pas moins des plus encourageants.

Avant 1900, les premiers essais de cure radicale n'avaient pas été heureux. Certains chirurgiens avaient essayé la prostatectomie partielle (Billroth, Harrisson, Spanton, Heath, Belfield, Stein, Fuller), avec des résultats déplorables ; si bien qu'Albarran, en 1901, la jugeait ainsi : « C'est une mauvaise opération qui ne doit pas être entreprise délibérément. » C'est aussi l'avis qu'émet tout récemment R. Harrisson ; selon lui, l'ablation d'une tumeur pédiculée seule peut à la rigueur être autorisée après l'ouverture de la vessie faite dans un but palliatif (2).

De même, en additionnant les cas de prostatectomie totale de Czerny, Kuster, Depage, Kuckler, Leirinck, Estiévant, Heidelberg, Glück, Demarquay, Verhoogen, Billroth, Stein, on trouve un total de dix-

(1) GUYON, *Presse médicale*, 1900. — LANGLOIS, *Thèse* Paris 1899-1900. BERTHIER, *Thèse* Paris 1902.

(2) ALBARRAN. *Tr. de Chirurgie* de LE DENTU et P. DELBET, VII, p. 701 — R. HARRISSON, *Brit. méd. J.*, 4 juillet 1903.

sept cas, avec treize morts et quatre guérisons, mais avec récurrence fatale du neuvième au quatorzième mois. Seul, Socin a pu obtenir une guérison persistante pendant quatre ans.

A n'en croire que ces résultats, le traitement curatif ne semblait guère mériter de rentrer dans la pratique : « Avec l'extirpation, disait Faure (*loc. cit.*), « c'est la mort à bref délai, due à une généralisation de la tumeur »!

Mais, en 1900, les progrès de la prostatectomie permettent à Adenot (1) d'obtenir un succès; de même, en 1901, Pousson guérit deux malades, ce qui fait, avec l'opéré de Socin, quatre succès incontestables. Sur tous les cas, il n'y a eu que trois morts opératoires : les risques immédiats de l'opération sont donc minimes, la survie paraît suffisante, et, dans tous les cas, on a observé la disparition des symptômes pénibles. Les résultats en deviendront encore meilleurs par la suite, du reste, puisque la nécessité d'un traitement radical plus fréquent et surtout plus précoce semble démontrée par les dernières recherches d'Albarran et Hallé (2) qui ont montré que l'hypertrophie de la prostate n'est souvent qu'une forme de début de véritables tumeurs épithéliales à types divers. Ainsi concluait Oraison en 1903 ; il semble clair que les applications de la cystostomie doivent, par là même, devenir plus rares dans le cancer de la prostate.

Pour les *tumeurs de la vessie*, encore, les résultats des opérations radicales qui n'avaient pas été encou-

(1) ADENOT, *Soc. de Chir.*, 1901. — POUSSON, *Ass. fr. d'ur.*, 1901, et cité par ORAISON. — *Ann. org. gén. urin.*, 1903, p. 644.

(2) ALBARRAN et HALLÉ. — *Ann. gén. urin.*, 1900, p. 113.

rageants dans les premiers temps, permettent depuis quelques années d'espérer beaucoup mieux (1).

C'est ainsi que la résection totale de la vessie, pratiquée par Bardenheim (1883), Pawlick (1890), Kisler, Kümmel, Albarran (1895), Tuffier (1896), semble devoir donner de meilleurs résultats : Clado, en effet, en 1895, relevant cinq cas d'extirpation totale de la vessie pour tumeur, notait deux guérisons opératoires chez la femme et trois morts chez l'homme. Mais, depuis, en 1896, Tuffier a obtenu une guérison, et Wendel, en 1898, ne comptait plus que 60 % de mortalité ; Hogge, en 1901, Harris, Laphorn-Smith, en 1902, ont extirpé la vessie dans sa totalité avec succès.

La cystectomie partielle, pratiquée en 1882 par Bazy, puis par Czerny, Pousson, Zuckerkandl, Trendelenburg, Helferich, Albarran, Tuffier, soit par la voie hypogastrique, soit par la voie périnéale, avait donné, en 1895, les résultats suivants d'après Clado : sur 29 cas, 20 guérisons opératoires avec 3 récidives et 9 morts, soit 31 %. En 1898, Wendel ne comptait plus qu'une mortalité de 24,5 % et notait 21 opérés sans récidives. La cystectomie partielle semble donc pouvoir être appliquée beaucoup plus souvent, combinée, d'ailleurs, à une cystostomie qui en est le premier temps.

De même, on note encore une augmentation progressive des bons résultats donnés par l'ablation de la tumeur, sans résection de la vessie, soit par les voies naturelles (2), soit par la taille : alors que, dans les

(1) Voir : CLADO, *Traité des tumeurs de la vessie*, 1895. — ALBARRAN, *Traité des tumeurs de la vessie*, 1892 — WENDEL, *Beitrag zur Klin. Chir.*, 1898. — HARRIS, *Am. surg. Ass.*, juin 1902. — LAPHORN-SMITH, *Canadian Am. Ass.*, 1902. — HOGGE, *Soc. belge d'urolog.*, 1901.

(2) POLAK : *Thèse*, Paris 1901.

tumeurs malignes, Albarran, en 1892, enregistrait 60% de récidives, Clado, en 1893, n'en signalait plus que 30%, soit une diminution de moitié environ ; la différence était encore plus sensible pour les tumeurs bénignes.

Cette amélioration des résultats, qui semble due aux progrès de la technique opératoire, aux limitations plus exactes des indications de l'opération, semble bien devoir diminuer les applications de la cystostomie aux tumeurs de la vessie, qui paraissent, au contraire, relever bien souvent du traitement curatif.

Nous pouvons dire, de même, que les progrès réalisés, tant dans la chirurgie rénale que dans la chirurgie de la prostate et des organes génitaux, ont diminué dans une mesure notable les interventions chirurgicales sur la vessie dans la *cystite tuberculeuse*. En effet, puisqu'il semble bien démontré actuellement que la tuberculose isolée et primitive de la vessie est plus rare qu'on ne semblait l'admettre jusque maintenant, et, qu'au contraire, cet organe n'est jamais atteint, chez l'homme du moins, sans que les voies urinaires supérieures ou les organes génitaux le soient, c'est donc vers ces derniers que l'attaque chirurgicale doit être dirigée, et, par là même, on interviendra plus rarement chirurgicalement dans la tuberculose vésicale (Hogge, Carlier) (1).

Enfin, les travaux se multiplient, tant en France qu'au dehors, sur la suture immédiate et primitive de la vessie après la taille et dans les traumatismes vésicaux ; la tendance actuelle est de supprimer le drainage sus-pubien de la vessie, parce que l'on se repose sur l'action de la sonde à demeure que l'on met dans l'urètre.

(1) HOGGE. *Ann. de la Soc. méd. chir. de Liège*, oct. 1900. — CARLIER, *Echo méd. du Nord.*, 1900, p. 469.

Dès lors, on comprend facilement l'épithète de « surannée », donnée à la cystostomie sus-pubienne par les chirurgiens modernes, et leur tendance à délaisser cette opération.

Méat temporaire et méat permanent

On peut encore trouver la raison de ce délaissement, croyons-nous, dans ce fait que le méat artificiel, créé par la cystostomie, n'a pas tenu devant l'expérience : d'une façon générale, les chirurgiens n'ont pas trouvé en lui toute la satisfaction qu'ils en attendaient.

Créée surtout pour lutter contre certains accidents, que nous étudierons plus loin, rétention, infection, hématurie, douleur, aussi bien dans le prostatisme que dans les cystites, les rétrécissements, les tumeurs de la vessie et d'autres affections encore, la cystostomie sus-pubienne devait, aux yeux de ses auteurs, avoir une destinée variable avec les cas particuliers ; le méat qu'elle crée devait être, en effet, *temporaire*, avec durée plus ou moins longue, ou *permanent*, définitif.

C'est ainsi que, chez les rétentionnistes, prostatiques ou autres, certains voient l'obstacle au cours de leurs urines céder par le repos produit par l'ouverture de la vessie ; la miction se rétablit parfaitement par la verge ; la destinée du néo-méat devait être, dans de tels cas, de courte durée. Chez d'autres, le conduit urétral redevient malaisément perméable ; chez d'autres, encore, la vessie est très malade et profondément infectée ; dans cette catégorie de cas, il devait être de pratique sage de garder plus ou moins longtemps l'urètre contre nature. Chez d'autres, enfin, l'obstacle ne cède pas, la miction ne se rétablit

pas par les voies naturelles : ce sont les incurables, chez qui devait être gardé nécessairement le méat définitif.

De même, dans la lutte contre les douleurs intolérables et les hématuries rebelles, tel malade voyant ses souffrances disparaître et ses hémorragies s'arrêter, devait laisser fermer sa fistule hypogastrique, dont la durée devait être ainsi plus ou moins prolongée. Tel autre, voyant les douleurs et les hématuries s'amender par la fistulisation de sa vessie, mais reparaître vives et violentes dès que le trajet fistuleux tend à se fermer, devait conserver un urètre artificiel permanent.

Dès le début, par conséquent, tout en préférant voir s'oblitérer le néo-méat, on considérait favorablement la fistule permanente. « Notre but, disait M. Poncet, n'était pas seulement de remplir une indication urgente ; faire uriner le malade et le mettre ainsi à l'abri d'accidents graves, mortels à brève échéance. Nous voulions encore constituer un urètre artificiel définitif. »

Malheureusement, le méat sus-pubien permanent ne fait trop souvent que remplacer une infirmité par une autre, qui, sans mériter l'épithète sévère de « dégoûtante », qu'on lui a donnée, met bien souvent les opérés dans un état d'infériorité sociale, comme on a pu le dire aussi. Les griefs que l'on a formulés contre la cystostomie vont nous arrêter un instant ; non pas que nous voulions étudier en détail le fonctionnement de l'urètre contre nature — étude qui a été parfaitement faite par MM. Lagoutte, Delore, Poncet et Michon (1 —) ; nous désirons simplement en résumer

(1) LAGOUTTE : *Th. Lyon*, 1894. — DELORE : *Th. Lyon*, 1897. — MICHON, *Th. Paris*, 1896. — PONCET et DELORE : *Traité de la Cystostomie sus-pubienne*, 1899.

les défauts, puisqu'ils ont été, à notre avis, une cause d'abandon de la cystostomie sus-pubienne.

Il y a, assurément, des exemples heureux de cystostomisés chez lesquels le néo-méat est continent en totalité, qui peuvent garder leurs urines et les évacuer, pour ainsi dire à volonté; mais il est à regretter qu'ils ne soient pas plus nombreux. Ainsi, MM. Poncet et Delore, examinant trente-quatre cystostomisés depuis au moins six mois, avec méat permanent, n'ont trouvé que quatorze continents, soit 41 %. Restent donc vingt incontinents (58,8 %), qui se répartissent ainsi : sept incontinents partiels et treize incontinents complets, tous condamnés au port d'un appareil (obturateur, sonde de Pezzer, appareil de Loumeau, de Souel, de Collin, etc.) D'autre part, M. Michon, dans sa thèse, constate l'incontinence dans toutes ses observations : peu importe, puisqu'il reste établi qu'il y a au moins 58,8 % de méats artificiels à fonctionnement imparfait, ce qui est une proportion trop considérable.

Sans doute, il est permis de diminuer ou même de supprimer cet ennui à l'aide d'un appareil spécial. « N'oublions pas, ajoute M. Poncet, que nous avons affaire à des vieillards pour lesquels il ne faut pas être trop exigeants. » Mais la majorité des chirurgiens se montrent plus difficiles que le professeur lyonnais. D'ailleurs, l'appareil peut ne pas fonctionner toujours bien (Michon).

Sans doute encore, le souvenir des souffrances endurées, la crainte du retour des accidents évités, fait prendre patience au malade et l'encourage à tolérer son infirmité nouvelle. Mais l'on sait que la fistule sus-pubienne ne maintient pas toujours le malade à l'abri de la rétention et de l'infection.

C'est, qu'en effet, on a pu constater la formation d'une rétention incomplète, d'un résidu dans la vessie malgré sa fistulisation ; cette rétention nécessite un cathétérisme toujours ennuyeux et qui peut être lui-même difficile ou douloureux, comme dans un cas de Lagoutte (Obs. I. de sa thèse) ; il peut encore, ce qui n'est pas moins grave, amener l'infection, si elle n'existe pas déjà.

Car la réinfection possible de la vessie a été invoquée contre la cystostomie ; tandis que Lagoutte a toujours vu les urines de ses opérés rester claires, MM. Michon et Desnos ont signalé cet accident, qui semble bien prouvé, du reste, par la formation de calculs secondaires après l'opération ; tel fut le sort de cinq opérés (dont l'illustre Diday), que signale M. Delore dans sa Thèse, tel fut celui de ce malade, dont M. Guyon a rapporté l'observation dans une de ses leçons (1).

Enfin, on a encore pu reprocher au méat artificiel de ne remplir que pendant un temps limité ses fonctions contre le symptôme douleur. « Dans des cas « nombreux, dit M. Michon, après une période d'amélioration, les malades voient revenir les douleurs « et les phénomènes infectieux, et, en outre, l'ennui « d'une fistulette présentant des alternatives d'atrésie « et d'imperméabilité. »

Tous ces inconvénients de la cystostomie sus-pubienne, il faut bien les reconnaître ; ils existent réellement. Mais devons-nous, pour cela, nous priver d'une ressource thérapeutique aussi puissante, aussi efficace en même temps que simple que l'ouverture hypogastrique de la vessie, suivie de drainage ? Certes

(1) Guyon, *Ann. gén. urin.* 1901, p. 513.

non ; nous devrions même y recourir plus souvent aujourd'hui que nous avons en notre pouvoir des traitements curatifs sérieux et supérieurs, nous permettant de supprimer secondairement les inconvénients du méat sus-pubien, s'il vient à ne satisfaire ses indications que d'une façon passagère : avec ces traitements curatifs, la cystostomie avec méat permanent et définitif doit devenir une exception. Ce sont, en effet, les opérations de l'avenir que celles qui guérissent radicalement, mais faut-il qu'elles absorbent tant notre pensée pour nous faire oublier d'autres ressources précieuses au point de vouloir les sacrifier à tout jamais ?

Voilà pourquoi, à cette époque de transition marquée par la tendance à l'abandon des traitements palliatifs toujours incomplets, pour les moyens curateurs, plus séduisants parce que plus rationnels, il nous a paru intéressant d'entreprendre cette étude afin de montrer ce qui peut rester des indications de la cystostomie.

S'il est vrai que le méat permanent, en raison de ses inconvénients, doit être employé avec circonspection, d'autre part, il ne faut pas hésiter à faire bénéficier le malade de l'ouverture vésicale, chaque fois que la nécessité s'en présente. En effet, la cystostomie sus-pubienne peut être très utile en chirurgie d'urgence, pour parer à de graves accidents qui mettent la vie du malade en danger. Dans ces cas d'urgence, elle doit être considérée comme une intervention de salut, une opération vitale : on incise la vessie comme on fait une trachéotomie, c'est-à-dire, avec la ferme intention de ne pas laisser le méat sus-pubien « voie

de nécessité, dérivation d'attente » comme on a pu l'appeler.

Ainsi, des deux variétés de cystostomie hypogastrique, cystostomie avec méat définitif, et cystostomie avec méat temporaire, cette dernière doit être actuellement, dans la grande majorité des cas, le but visé par le chirurgien. La cystostomie permanente, par contre, sera une ressource ultime, une mesure d'exception dont relèvent seuls les incurables : elle sera chez eux une véritable soupape de sûreté qui, après avoir paré aux accidents, en préviendra souvent le retour, et permettra maintes fois une longue survie avec atténuation de tous les symptômes, comme nous le verrons par la suite.

D'ailleurs, ces cas incurables seront très rares : presque toujours, la cystostomie ne sera que le premier acte d'une thérapeutique, une opération d'attente jusqu'à ce qu'on puisse faire intervenir une opération curatrice, qui, levant l'obstacle au cours des urines, ou supprimant la cause des accidents, permettra de fermer le méat artificiel.

La cystostomie sus-pubienne, telle que nous l'entendons, est celle que l'on fait encore et qu'on fera toujours : les chirurgiens se complaisent à l'attaquer ou à la rejeter comme inutile et facilement remplacée par d'autres moyens (ponction, cathétérisme intermittent ou à demeure, prostatectomie, etc.) et cependant ils y recourent, c'est fatal : sans doute, ils ne se résignent à ouvrir la vessie que lorsqu'ils sont pressés d'agir : c'est justement sur cette nécessité dans laquelle peut se trouver le chirurgien de cystostomiser que nous nous proposons d'insister maintenant.

Indications générales

La cystostomie sus-pubienne, aussi diminuée

d'importance qu'on puisse le vouloir, possède et possédera toujours des qualités thérapeutiques sérieuses. Elle reste encore et quand même, une opération simple, bénigne, méthodique et efficace.

Nous croyons pouvoir en grouper les indications générales d'urgence sous trois chefs principaux : complications des affections de l'appareil urinaire, état du sujet, milieu.

I. Indications tirées de quelques complications des affections des voies urinaires, et du rôle de la cystostomie sus-pubienne vis-à-vis d'elles, comparativement à celui des autres modes de traitement palliatif, dirigés contre ces accidents.

En chirurgie d'urgence des voies urinaires, quelle que soit l'affection considérée, le chirurgien peut se trouver en présence d'un des quatre grands accidents, suivants, isolés quelquefois, mais le plus souvent associés entre eux : *réten tion, infection, hématurie, douleur.*

Contre chacune de ces complications, la cystostomie sus-pubienne a une action des plus remarquables : c'est là un fait acquis. Nous inspirant des travaux de MM. Poncet et Delore, des leçons de M. le Professeur Guyon, et de la Thèse de M. Michon, nous allons brièvement reprendre l'étude de cette action ; et — puisque, avec M. Poncet il faut poser en principe que « l'épicystostomie trouve ses indications, là où se rencontrent les contre indications des autres modes de traitement. » — nous dirons de suite, afin de nous éviter des redites pour plus tard, quand ces derniers devront être écartés en faveur de l'ouverture hypogastrique de la vessie.

Nous faisons des réserves, toutefois, sur la possibilité de prêter à cette opération, chez certains mala-

des et dans certains cas particuliers, une autre intervention, curative celle-là, comme la prostatectomie chez les prostatiques, l'urétrotomie ou l'urétroplastie chez les rétrécis, etc ; la discussion de ce choix sera faite plus loin.

a) *Tout d'abord, la cystostomie sus-pubienne est un puissant moyen de dérivation dans le cas de rétention.*

Nous croyons inutile d'insister sur cette action de dérivation : l'ouverture de la vessie assure un écoulement des urines permanent, complet, régulier, sans danger, sans hémorragie ex-vacuo, sans douleur, tout en maintenant la composition normale des urines, en empêchant les germes de pénétrer dans la vessie ; elle évite toute cause d'irritation, supprime les préoccupations mentales des malades et fait disparaître la douleur de tension et de pesanteur du bas-ventre (Faure).

Mais cela ne veut pas dire que la cystostomie doit être dirigée contre tous les cas de rétention : non, c'est la sonde qui est le traitement de choix de cette complication ; elle franchira l'obstacle au cours des urines et sera suffisante dans bien des cas, mais non dans tous ; ce sont ces derniers qui peuvent réclamer l'ouverture de la vessie.

Chez une première catégorie de *malades, atteints de rétention d'urine aiguë* il peut se faire que le cathétérisme soit impossible, le plus souvent du fait de la création de fausses routes dans l'urètre ; dans de telles circonstances, le chirurgien a le choix entre la ponction hypogastrique aspiratrice capillaire et l'incision sus-pubienne.

M. le professeur Poncet et d'autres auteurs encore ont attaqué sévèrement la ponction : pour eux, il faut absolument la rejeter dans tous les cas, car outre

l'insuffisance de son action (elle n'est pas indéfiniment répétable), elle peut être dangereuse et grave (infiltration d'urine, phlegmon de la cavité de Retzius); enfin c'est une méthode aveugle (lésions d'organes importants, péritoine, prostate). Sans doute, on peut retrouver des observations de malades qui, à la suite de ponctions, ont été victimes de ces complications; celles-ci ayant eu pour conséquence un amoindrissement considérable de la résistance du sujet, pour subir par la suite une intervention plus importante, comme la cystostomie (Obs. VII). Mais il faut bien reconnaître que ces complications sont rares en comparaison du nombre considérable de ponctions que l'on a pratiquées. Une distinction paraît s'imposer.

Si la rétention aiguë est aseptique, il semble, et c'est l'avis de la majorité des auteurs, que la ponction aspiratrice et capillaire ne doit pas tomber dans un tel discrédit; le rétentionniste non infecté est appelé à en bénéficier. On ne saurait, en effet, dans ce cas, ouvrir la vessie que si, après des ponctions répétées sans aller cependant jusqu'à 70 ou 80, — comme dans un cas cité par Von Frisch, et ceux rappelés par Tuffier (1) où l'on ponctionna pendant des semaines — le degré de tolérance des patients était dépassé, si l'état de la région l'indiquait ainsi que les réactions générales, si l'obstacle urétral ne cédait pas, si la répétition n'était matériellement pas possible, si le malade ne pouvait être facilement surveillé (Carlier, Lejars.) (2). Chez ces malades aseptiques cependant, l'ouverture vésicale pourrait ne pas toujours être une

(1) Voir: FRISCH. *Les maladies de la prostate*. 1898. — TUFFIER: *Tr. de Chir.* de Duplay et Reclus, VII — 679.

(2) CARLIER: *Echo méd. du Nord*. 1897. — LEJARS: *Tr. de Chir. d'urgence*.

cystostomie : il faut envisager chez eux la possibilité de tenter un cathétérisme rétrograde (1) avec suture immédiate de la vessie. Ainsi firent Souberbielle, Chassaignac, E. Bœkel (1882), Rhömer (1888), Neuber (d'après Monod), et Hartmann. « Il doit être employé, « selon Michon, dans tous les cas où l'impossibilité du cathétérisme est la seule cause de l'intervention. » Mais les malades indemnes d'infection sont les plus rares; rare sera également l'indication de la suture immédiate de la vessie. De plus, le drainage temporaire de la vessie devra être établi chaque fois que l'on aura l'intention d'intervenir un peu plus tard par une opération curative, la dérivation de l'urine devant être favorable aux résultats de cette dernière (Obs. : XXV — XXVI — XXVII — XXXVII — XXXVIII — XL.

Tout autres sont les conditions dans lesquelles le chirurgien se trouve chez les malades en état de *réten tion aiguë septique*, avec obstacle infranchissable par la sonde ; les partisans de la ponction reconnaissent ici ses dangers, et, s'il en est qui l'admettent encore associée aux lavages vésicaux dans l'infection légère (Carlier), presque tous concluent avec Legueu : « La ponction hypogastrique, appliquée aux rétentions « aiguës ne constitue jamais qu'une méthode d'atten- « te : elle permet, sans danger, d'attendre le retour de « la perméabilité urétrale ou la préparation d'une « opération plus complète. Elle peut être utile dans « tous les cas ; elle n'est absolument contre-indiquée « que chez les prostatiques infectés. — nous dirions « tous les rétentionnistes infectés) — et atteints de

(1) MONOD : Thèse Paris, 1888, et Société de Chirurgie, 1886 — ESTOR : *Du cathétérisme rétrograde*. Paris, 1894 — TROMBERT : Thèse Paris 1900-1904.

« fausses routes. Elle doit alors céder le pas à la cystostomie. » C'est, en effet, cette dernière qu'il faut faire ici, et non le cathétérisme rétrograde avec cystorrhaphie immédiate, car la vessie a besoin d'être drainée pour modifier son état d'infection.

Mais tout en admettant ces indications de la cystostomie dans la rétention aiguë, la plupart des auteurs sont d'accord pour affirmer que l'impossibilité du cathétérisme est exceptionnelle et que les effets de la ponction suffisent presque toujours à rendre l'urètre perméable. « L'impossibilité du cathétérisme, dit M. Michon, est indiquée un grand nombre de fois « parmi les observations que nous avons relevées « comme ayant été, soit seule, soit associée à l'infection, la cause de l'intervention. Cela est en contradiction avec ce que nous avons observé. Durant quinze « mois à Necker, deux fois seulement des malades « venus avec des fausses routes ont présenté un urètre infranchissable ». Cette contradiction existe, soit ; mais ce qui a été possible le plus souvent aux chirurgiens de Necker, (4) ne l'a pas été pour d'autres, et nous pourrions relever, en grand nombre, des faits où il a fallu ouvrir la vessie pour cause d'impossibilité de sonder les malades. On a pu, il est vrai, leur trouver un point à critiquer : « Dans les faits signalés, « dans les 24 ou 48 heures qui avaient précédé l'intervention, on avait réussi à faire passer une sonde : « on aurait dû laisser une sonde à demeure » (Michon). Cette critique est juste, mais qu'il y ait eu faute ou non, l'urgence n'en était pas moins grande de cystostomiser ces malades : des cas semblables se rencontreront encore quelquefois (Obs. I). Du reste,

(4) Voir : HERESCO et CHASTENET DE GÉRY : *Ann. des org. gen. urin.* 1899. p. 455.

il y a bien d'autres exemples auxquels cette critique n'est pas applicable : M. Lagoutte en a rapporté dans sa thèse deux cas des plus typiques de M. Poncet ; Faure a cité un cas de Sieur ; Polaillon, Guillemot, Tuffier, Debaisieux en ont publié des faits très nets ; et dans nos observations, on peut en relever 25 cas probants, tant dans le prostatisme et le cancer de la prostate que dans les rétrécissements et les ruptures de l'urètre (Obs. II, III, IV, V, VI, VII, VIII, IX, X, XXIII, XXV, XXVI, XXVII, XXIX, XXX, XXXVI, XXXVII, XXXVIII, XXXIX, XL, XLI, XLII, XLVII, XLVIII, XLIX). La possibilité de l'imperméabilité de l'urètre est donc non seulement indéniable, mais même paraît devoir se rencontrer plus souvent qu'on a bien voulu le dire.

Chez une deuxième catégorie de rétentionnistes, *le cathétérisme est praticable, mais difficile et dangereux* par suite de fausses routes, d'urétrorragies répétées, exaspérées à chaque sondage. M. Poncet n'hésite pas à conseiller chez eux la cystostomie d'emblée, parce que « l'urètre fourbu doit être mis au repos » comme le disait Diday ; parce qu'aussi il faut craindre les accidents infectieux dont la fausse route est si souvent la source chez les vieux urinaires. C'est que M. Poncet rejette d'une manière absolue la sonde à demeure comme dangereuse : « c'est une arme à double tranchant », dit-il. Et pourtant, selon Langlois (*loc. cit.*), quand on est arrivé dans ces conditions à introduire une sonde sur mandrin, le cathétérisme permanent remplit toutes les indications ; de telle sorte qu'il est très rare qu'on soit obligé d'assurer l'évacuation par la voie sus-pubienne. Si rares que soient ces cas, ils ne s'en présentent pas moins quelquefois : la nécessité de cystostomiser s'im-

pose avec plus d'urgence encore si l'on a affaire à un malade infecté, fiévreux, aux bourses et à la verge œdémateuses, au périnée infiltré.

Par contre, si chez certains rétentionnistes aigus avec urètre perméable la sonde à demeure, laissée quelques jours, peut faire disparaître les accidents, il est possible que chez d'autres ces accidents se reproduisent avec une ténacité désespérante quand on a supprimé le cathétérisme permanent. Il semble urgent de cystostomiser dans de tels cas (Obs. X, cas de Routier, cas de Debaisieux), les conséquences funestes de la rétention ne pouvant qu'apparaître et aggraver l'état du malade.

De même, la sonde à demeure peut elle-même être une cause de souffrance et n'être pas supportée (Obs. XI). Il faut ouvrir la vessie, ici encore, sans attendre l'apparition d'accidents plus graves : c'est la conduite que tint M. Carlier dans un cas de rétrécissement de l'urètre (*Echo Médical du Nord*, 1902).

On aura recours enfin à la cystostomie, même lorsque le cathétérisme est praticable, dans la rétention chronique, quand il y a nécessité de le répéter trop souvent, surtout si ces sondages trop renouvelés font apparaître des signes d'inflammation de la vessie (Faure, Boutan, Poncet, Michon, etc.)

Ce sont toutes les difficultés des sondages qui ont conduit Diday à accepter la cystostomie pour lui-même, ce sont elles qui ont motivé l'intervention dans nos observations XVII, XIX, XXI, XXII, XXXII ; et Furstenstein (cité par Michon), les donnait comme indication fréquente de l'incision vésicale sus-pubienne au Congrès de chirurgie allemande, en 1895.

b) *La cystostomie sus-pubienne trouve encore des indications dans la lutte contre l'infection urinaire.*

Comme moyen de drainage, en effet, cette opération présente de grands avantages, parfaitement énoncés par M. Poncelet : elle procure à l'appareil urinaire un repos complet ; elle fait cesser la congestion, la rétention, les réflexes qui l'accompagnent et qui favorisent l'apparition et la diffusion de l'infection ; elle diminue considérablement l'absorption urinaire par la muqueuse vésicale enflammée qui est devenue par là même perméable ; en évitant toute autre manœuvre sur les voies urinaires, elle supprime des causes nombreuses d'irritation et d'infection surajoutées ; de plus, elle supprime les douleurs atroces ; elle permet enfin de désinfecter et d'améliorer l'état de la vessie et du rein par des irrigations larges et faciles.

C'est en considération de ces avantages que le Professeur lyonnais et ses élèves, conseillent d'avoir recours d'emblée à la cystostomie sus-pubienne si le cathétérisme intermittent employé concurremment avec les lavages antiseptiques de la vessie n'amène pas d'amélioration, et cela sans employer la sonde à demeure : tout en considérant cette dernière comme un moyen de drainage excellent, ils lui reprochent d'être trop souvent insuffisante surtout dans le cas d'infection, d'être impuissante à conjurer tous les accidents, d'être pernicieuse et dangereuse enfin, parce qu'elle favorise l'infection et provoque des accès de fièvre urineuse.

Cependant que M. Guyon et l'école de Necker enseignent que, ce que ne peut faire parfois le cathétérisme intermittent associé aux lavages vésicaux, la sonde à demeure le fait le plus souvent d'une façon admirable. D'après eux on peut laisser sonde à demeure dans tous les cas où le cathétérisme est possible :

elle suffit largement à tous les besoins, que le malade infecté soit en réten-tion aiguë ou chronique, complète ou incomplète (1)

Pour nous, qui avons à nous faire une doctrine, nous ne pouvons nier d'avoir constaté les merveilleux effets du cathété-risme permanent, dans des cas nombreux du reste, où les sondages souvent répétés et les lavages de la vessie restaient insuffisants, où les cathété-rismes, loin d'enrayer la fièvre déjà existante, étaient eux-mêmes la cause de nouveaux accès fébriles.

La sonde à demeure, elle aussi, empêche la stagnation de l'urine, permet les lavages antiseptiques, empêche l'absorption de la muqueuse enflammée ; de plus,—écrit Langlois, qui a montré dans sa thèse combien on était en droit d'attendre du drainage vésical permanent par les voies naturelles,—« dans les réten-tions vésicales, la sonde à demeure vient en aide au « muscle, supprime momentanément la fonction et « lui permet de se reposer pour reprendre ultérieu-« rement son rôle. »

MM. Guyon et Michon, en 1895, notaient que sur 49 prostatiques, soignés par eux au moyen de la sonde à demeure pour des accidents aigus avec accès de fièvre (entre 38° et 40°5) avec état général plus ou moins grave, la guérison avait été obtenue 38 fois, soit 77 %; 11 fois seulement, soit 23 %, ils ont échoué par ce moyen et les accidents persistèrent : les malades moururent ou furent cystostomisés. Plus récemment, en 1900, M. Guyon, examinant 50 cas

(1) GUYON et MICHON : *Ann. org. gén. urin.* 1895. — GUYON, *Presse Méd.* mai 1900. — LANGLOIS et BERTHIER : *loc. cit.* — JANET : *Ann. org. gén. urin.*, 1899, p. 161. — A. POUSSON : *Touraine Méd.* 1901. — LEGNIEZ : *Gaz. Médic. de Picardie*, 1902.

nouveaux, comptait 42 guérisons par la sonde à demeure et 8 morts, soit une mortalité de 20 %.

Aussi, croyons-nous avec lui que *seuls relèvent de la cystostomie sus-pubienne, les malades chez qui la sonde à demeure n'a pas donné les résultats qu'on attendait d'elle*, si l'état ne s'amende pas, si les complications surviennent (Obs. XIV). Et pourtant, s'il fallait en croire M. le Dr J. Petit (*loc. cit.*), il ne faudrait pas compter beaucoup sur l'ouverture vésicale : « C'est, « je crois, une opinion courante à Necker, écrit-il, « que la cystostomie est souvent insuffisante, lorsque « la sondé à demeure l'a été. »

Cette assertion est bien vraie pour les cas très graves, les cas d'infection suraiguë où rien ne peut réussir, et dont M. Guyon a dit : « Dans les infections les plus graves, la pose de la sonde à demeure « détermine une chute de la température, chute toute « momentanée suivie d'une ascension progressive. « Le danger est alors prochain. Le drainage par les « voies naturelles, quand il n'empêche pas la continuation de l'ascension thermique, alors même qu'il « a provoqué une défervescence passagère, reste sans « effet. En pareil cas, le drainage hypogastrique ne « nous a malheureusement pas donné de meilleurs « résultats. Nous n'en avons jamais rien obtenu « dans ces conditions. » Mais dans les cas aigus, les résultats sont déjà meilleurs, puisque Lagoutte et M. Poncet notent la guérison dans les 2/3 des cas, et M. Guyon accuse une mortalité de 36, 2 %; c'est chez les infectés chroniques que les résultats sont les plus satisfaisants. Peu importent les chiffres, puisque la différence de mortalité entre les diverses statistiques semble tenir, à ce qu'à Necker on traite les malades par le cathétérisme jusqu'au bout, et l'on

opère sur des malades gravement atteints, tandis qu'ailleurs la cystostomie bénéficie de cas qui auraient été améliorés par la sonde (Legueu).

Qu'il nous suffise de savoir que, si la cystostomie est souvent impuissante, elle peut être le salut quelquefois, même dans les cas les plus désespérés, comme chez certains opérés de Poncet et de Rollet, où l'infection vésicale résistait à la sonde à demeure et aux modificateurs énergiques (Obs. XIV, XX).

Le chirurgien devra guider sa conduite d'abord sur l'état général du malade, sur la persistance des accidents et le défaut d'amélioration, et sur deux signes indiqués par M. Michon : « La sécheresse
« de la langue et surtout la somnolence continuelle
« des vieux urinaires disparaissent vite lorsque le
« drainage par les voies naturelles doit être suffisant.
« Puis sur la marche de la température. » Mais il devra se rappeler qu'il est des cas où la sonde à demeure est « inefficace et meurtrière » ; il cystostomisera sans trop attendre, de peur de voir les accidents s'aggraver. Nous avons présents à la mémoire certains exemples malheureux de MM. Tuffier et Michon, où l'on a laissé une sonde à demeure de 11 à 15 jours malgré son inefficacité : ne semble-t-il pas qu'on ait laissé l'infection croître outre mesure en voulant trop demander au cathétérisme permanent ?

De même, il nous semble qu'on ne saurait trop se défier du *mauvais fonctionnement de la sonde à demeure* ; chaque fois que nous l'avons noté, nous avons remarqué que l'aggravation des accidents qui en étaient la conséquence, a continué sa marche après la cystostomie et amené la mort à bref délai, comme dans un cas de M. Guyon (cité par Langlois), et un de M. Tillaux (cité par Boutan). — Il arrive aussi que

les malades ne veulent pas supporter la sonde à demeure et l'enlèvent d'eux mêmes, comme cela est arrivé dans un cas de Tillaux (in Th. Boutan); car assez souvent la sonde à demeure est douloureuse, provoquant une inflammation trop grande de l'urètre, et quelquefois une urétrite avec formation de pus. — Exceptionnellement, il faudra compter aussi dans l'emploi de la sonde à demeure avec l'agitation des malades : les infectés, atteints de délire avec agitation peuvent se rencontrer, et l'on ne saurait chez eux installer utilement le cathétérisme permanent : Laurent (1) en a publié un bel exemple. La cystostomie sus-pubienne est admise sans conteste dans tous ces cas, rares certes, mais dignes d'être signalés : vouloir maintenir malgré tout la sonde à demeure en pareille occurrence pourrait être très dangereux pour le malade : une cystostomie précoce s'impose.

A côté des malades que nous venons d'étudier et chez lesquels l'infection était purement d'origine vésicale, il faut placer les rénaux : la *pyélonéphrite ascendante peut être une indication du drainage sus-pubien*. Nous nous contentons de mentionner ici la possibilité de cette indication, ne voulant pas anticiper sur le chapitre qui sera consacré ultérieurement à l'infection rénale.

Maintes fois, enfin, l'infection de la vessie ou des reins sera une indication formelle de drainer la vessie à la suite d'une taille hypogastrique pratiquée en dehors de toute urgence, dans le but d'extraire un calcul vésical, un corps étranger, ou de traiter une tumeur, une cystite, etc. La vessie ouverte, on profitera de cette occasion pour établir un drainage, en quelque

(1) LAURENT. — *Arch. Méd. de Toulouse*, 1901.

sorte secondaire, qui aseptisera les urines, modifiera en bien les lésions vésicales, jusqu'à ce que l'état normal soit rétabli.

c) La cystostomie sus-pubienne peut encore être utilisée pour arrêter les hématuries (Poncet, Hahn, Michon, etc.)

« Dans toute hémorragie vésicale, quelle qu'elle soit » dit ce dernier, la taille hypogastrique est un excellent moyen hémostatique ». Cela tient à ce que l'opération supprime la rétention cause de la congestion ; elle permet de lutter contre l'inflammation et l'infection, origine de l'hémorragie.

Ici encore, *l'incision hypogastrique de la vessie ne saurait être utilisée qu'après l'essai infructueux de la sonde à demeure avec aspiration* (1) dont M. le professeur Guyon a montré la puissance contre l'hémorragie vésicale. M. Michon rappelle, dans sa thèse, quatre malades chez lesquels la sonde avec aspiration des caillots fit cesser l'hématurie dans les blessures de la prostate : il cite aussi un succès obtenu dans un cas d'hémorragie vésicale. Et Langlois, après avoir montré le pouvoir hémostatique du cathétérisme permanent, dit : « Le seul traitement de l'hémorragie vésicale congestive est le drainage et parmi les drainages, le plus simple et le plus pratique, c'est la sonde à demeure. »

Il est certes bien des cas où elle pourra suffire, mais dans beaucoup d'autres, elle échouera : il ne serait peut-être pas prudent de vouloir par trop insister car on sait combien vite s'anémient ou s'affaiblissent les urinaires hématuriques et souvent infectés tout à la fois.

C'est pourquoi dans les hématuries rebelles aux

(1) JANET et LANGLOIS : *loc. cit.*

moyens médicaux, à la sonde à demeure avec aspiration, on doit ouvrir la vessie, et cela quand il y a hémorragie abondante ou quand les pissements de sang, bien que peu abondants sont dangereux par leur répétition.

On est en droit d'attendre de cette intervention les plus heureux résultats, d'autant plus qu'il est possible de trouver la source de l'hémorragie (varice, (Obs. LII) ulcère, calcul méconnu, etc.) et de la combattre directement, soit par le tamponnement comme dans un cas de Poncet (in Th. Boutan) et dans deux exemples de Desnos, soit par la forcipresure comme dans un exemple de Guyon (cité par Albarran dans le *Traité des Tumeurs de la vessie*). Nombreux sont aussi les exemples où elle a triomphé de la congestion seule : citons les succès de Poncet, de Zuckerkandl, de Routier, de Clarke Bruce, de Gayme de Faucon, de Lilienthal, de Delore, d'Hamonic, etc., rappelons notre observation XXIV. Nombreux sont enfin les cas heureux, où la cystostomie a été dirigée contre la congestion associée à l'inflammation (Obs. XXXI, XXXIII) : telle cette malade de Michon qui
« depuis sept ans avait des hématuries assez abon-
« dantes pour donner lieu à la formation de caillots.
« A partir de la taille hypogastrique, les hématuries
« n'ont plus reparu, et cependant la douleur s'est
« montrée de nouveau après la fermeture de la fistule.
« Evidemment, l'ulcération constatée au cours de
« l'opération devait être le point de départ des saï-
« gnements et la cystostomie a permis à la cicatrisa-
« tion de se faire. »

« Aussi, croyons-nous, dit en concluant cet auteur,
« qu'en présence d'une hématurie répétée, affaiblis-
« sant le malade et mettant sa vie en danger ou qu'en

« présence d'une rétention hématurique, la taille
« haute sera une ressource à peu près infaillible.

C'est que l'ouverture de la vessie sera encore quelquefois commandée, quand il y aura formation de caillots volumineux et denses dans la vessie (prostatiques, cystites, tumeurs, traumatismes, etc.) véritable hématocele vésicale, amenant une rétention aiguë par obstruction de l'urètre, ou provoquant une inflammation vésicale; la sonde et les lavages ne suffisant pas toujours à les entraîner au dehors par les voies naturelles (Obs. XXIV, LII).

d) La cystostomie a enfin, comme grande indication d'urgence, le symptôme douleur.

Elle lutte efficacement contre cette complication en faisant disparaître la congestion, l'infection et les contractions vésicales incessantes, qui sont la cause bien souvent de souffrances intolérables. La mise au repos de l'organe est tout en pareil cas : elle ne peut pas mieux être obtenue que par la section du corps de la vessie, comme M. Guyon l'a démontré (1). Cette opération est d'autant mieux indiquée que ces douleurs empêchent toute autre intervention, l'irritabilité de la vessie ne permettant pas de tolérer les ponctions, le cathétérisme, la sonde à demeure, etc. En effet, dans les cystites, dites douloureuses, « nous ne
« trouvons aucune ressource dans le cathétérisme,
« écrit Michon : les sondages fréquents sont doulou-
« reux et pénibles pour le malade; la sonde à
« demeure, dont nous avons été si souvent partisans,
« ne peut être ici supportée. » Les douleurs sont rarement isolées, du reste, et s'associent souvent à l'infection ou à la rétention; elles ne sont qu'un poids de plus dans la balance pour pousser le chirurgien

(1) GUYON, *Ann. gén. urin.* 1887. — HARTMANN : *Th.* Paris, 1887. —

gien à entreprendre l'opération (Obs. L, LI, LIII).

Il est inutile d'insister plus longuement sur l'indication douleur ; la cystostomie est admise depuis longtemps contre cette complication. Malheureusement, les douleurs ne sont pas toujours complètement abolies, comme chez les malades de Desnos, de Jeannel, de Poncet, de Bousquet, etc ; dans de nombreux exemples, les souffrances ne sont qu'atténuées (Guyon, Hartmann, Michon, etc.). Qu'importe, puisque la cystostomie est encore supérieure aux autres modes de traitement !

Concluons donc avec M. Poncet : « *Les avantages généraux de la cystostomie permettent donc de l'employer dans les cas variés, soit comme moyen de dérivation ou de désinfection, soit comme agent d'hémostase, soit comme moyen de calmer, de faire cesser de violentes douleurs...* Nous verrons que, quelle que soit l'affection considérée, ce sont ces complications isolées ou associées qui engagent le chirurgien à pratiquer l'opération. »

II. — **Indications tirées de l'état général du sujet et de la simplicité du procédé.**

L'ouverture hypogastrique de la vessie est une opération simple, présentant le minimum de dangers par la rapidité avec laquelle elle peut être pratiquée, à minime perte de sang qu'elle impose au malade, l'absence absolue de complications post-opératoires. Les auteurs qui l'ont pratiquée n'ont jamais ou presque jamais rencontré les deux seuls accidents qui pourraient lui être imputables : l'infiltration urinaire et la blessure du péritoine. Elle n'aggrave pas le pronostic, qui reste subordonné aux lésions préexistantes (Poncet). Nous savons aussi qu'elle a une mortalité peu élevée, surtout si l'on prend en

considération que cette opération se pratique surtout sur des sujets dont la résistance est considérablement amoindrie.

Cette bénignité réelle de l'opération devra rentrer en ligne de compte et dans un très bon rang, dans le choix que le chirurgien aura à faire d'une intervention ; surtout lorsqu'il se trouvera en face de malades en proie à l'infection urinaire, cachectiques et affaiblis par une longue affection, fiévreux ou anémiés par des hématuries abondantes et répétées, exténués par des douleurs atroces, et qu'une exacerbation des symptômes ou des complications nouvelles ont mis, le plus souvent, dans un état de résistance minime (Poncet). Dans de semblables circonstances, le chirurgien a, dans la cystostomie, un procédé thérapeutique à la fois énergique, efficace et bénin, qu'il devra préférer à une opération plus compliquée (obs. IV-V-VI-VII-XVIII-XIX-XXI-XXIV-XXVII-XXVIII).

Dans ces mêmes conditions, une considération d'un autre ordre aura une grande importance : c'est que le chirurgien peut opérer à l'aide de la seule anesthésie locale (cocaïne, chlorure de méthyle, etc.) ou même sans anesthésie (obs. XXVIII). Il n'aura pas de la sorte à craindre les dangers de l'anesthésie générale (chloroforme, éther) dont l'action néfaste sur les reins est bien connue.

III. — Indications tirées du milieu

Qu'il y ait rétention, infection, hématurie, il est bien exceptionnel, disent la majorité des auteurs, que les moyens les plus simples (cathétérisme, sonde à demeure, ponction, etc.) ne viennent pas à bout de triompher de ces accidents : partout et sous toutes les formes on retrouve cette phrase.

Mais il ne faut pas oublier, et c'est surtout à ce point de vue que nous nous plaçons, que la pratique hospitalière n'est le privilège que de quelques-uns dans la foule des médecins; qui plus est, ces privilégiés sont des maîtres ! Aussi, conçoit-on que, ce qui est déjà difficile pour eux parfois, peut être encore plus difficile pour les autres : et personne n'ignore combien sont grandes les difficultés de la médecine, et de la chirurgie surtout, à domicile. Là où tout n'est que simplicité à la clinique et à l'hôpital, tout est difficulté dans la chambre du malade; nous n'en retenons pour preuve dans les faits qui nous intéressent, que c'est de la ville et de la campagne qu'arrivent à l'hôpital ces malheureux patients, aux rétentions rebelles, avec l'urètre labouré de fausses routes, travaillé outre mesure et tout saignant, avec une infection profonde et un état général alarmant.

Aussi, à notre sens, se place au premier plan cette indication de milieu de la cystostomie sus-pubienne; c'est une indication en face de laquelle peuvent se trouver tous les jours les médecins des campagnes surtout, qui n'ont pas derrière eux la ressource de l'hôpital pour leurs malades ou l'aide d'un chirurgien plus habile.

C'est un prostatique, un rétréci, par exemple, qu'on ne peut sonder; que faire? Mal instrumenté, mal aidé, mal installé, le chirurgien devra renoncer à des interventions compliquées (Obs. XLII) et ne devra prendre pour unique but que de faire simple et bien. La cystostomie remplira souvent ce but (Obs. III). Ou bien encore ce même rétentionniste doit être ponctionné deux ou trois fois par jour : souvent aussi il devra être abandonné par son médecin, sans surveillance sérieuse par impossibilité matérielle de le revoir

plusieurs fois dans la journée. Dans de telles circonstances la cystostomie paraît devoir être préférée à tout autre traitement (Obs. I). C'est aussi dans de pareils cas, chez les rétentionnistes infectés particulièrement, que pourrait être employé le cystodrainage, s'il était absolument impossible de mener à bien une cystostomie (Obs. XXIX).

De même, c'est un infecté urinaire dans la classe ouvrière ou chez les paysans; c'est un rétentionniste avec cathétérisme praticable. Le médecin devra-t-il mettre une sonde à demeure à son malade et l'abandonner à la surveillance de gens tenus par leurs occupations journalières, et ne pouvant, par conséquent, lui donner que des soins peu assidus? Sauront-ils, ces gens, surveiller une sonde? C'est peu probable, et chacun sait combien il faut de vigilance sous peine de manquer le but visé : nous savons les funestes conséquences du mauvais fonctionnement de la sonde à demeure; les observations XII et XIII nous apprendront combien cette dernière est dangereuse quand elle est abandonnée aux soins du malade. De même, le médecin laissera-t-il une sonde en permanence à cet autre malade seul, sans famille, sans entourage (Obs. XVIII) n'ayant souvent pour soins que ceux de voisins complaisants? Non, sans doute, car la sonde à demeure, merveilleuse à l'hôpital, semble devoir mener bien souvent à un échec dans la clientèle privée. Elle est à la cystostomie ce que le tubage est à la trachéotomie; préférables à l'intervention sanglante si la surveillance attentive et expérimentée est possible, la sonde et le tube doivent céder le pas au traitement opératoire dans les conditions contraires (Obs. XV).

C'est encore une indication de milieu que celle qui fera préférer la cystostomie sus-pubienne à d'autres

interventions nécessitant un outillage spécial ou trop compliqué (urétrotomie interne, lithotritie, prostatectomie, etc.) que ne sauraient posséder tous les praticiens. La taille est, en effet, une opération banale et si simple qu'avec deux bistouris, quelques pinces hémostatiques et quelques aiguilles on peut la pratiquer.

Cette facilité d'exécution pourra encore la faire préférer. « C'est une opération d'une exécution facile pour un chirurgien peu exercé », dit M. Poncet : à ce titre, elle trouvera souvent, comme opération d'urgence, sa préférence entre des mains sinon inexpérimentées, du moins peu rompues à la pratique si délicate de la chirurgie : c'est une intervention à la portée de tous les praticiens.

Au résumé, tout en admettant dès le principe que la cystostomie sus-pubienne est toujours un pis-aller, une opération de contrainte employée lorsque la sonde et la ponction ne peuvent suffire dans la lutte contre des accidents graves et impératifs, rétention, infection, hématurie, douleur; nous croyons pouvoir affirmer qu'elle doit être conservée; bien plus, nous sommes convaincu que le champ de cette opération reste encore très étendu.

Arrêtons-nous un instant à réfléchir sur ce qui arriverait si la cystostomie était contre-indiquée dans tous les cas, si on ne pouvait pas ouvrir la vessie du rétréci en état de rétention que ne peuvent lever ni la sonde ni la ponction, du prostatique infecté qui se meurt, du traumatisé qui ne peut pisser son sang coagulé, si tous ces malades ne pouvaient être soulagés, améliorés, guéris même parfois par la cystostomie, demandons-nous ce qui arriverait ?

Est-ce que chez un rétentionniste on peut toujours faire le cathétérisme, même après l'essai de la ponction ? Nous savons bien que non, nos observations le prouvent ; et nous ne saurions trop nous élever contre cette tendance, qui est générale aujourd'hui, à croire que rares et tout à fait exceptionnels sont les cas où la sonde ne passe pas.

Peut-on admettre aussi que le cathétérisme permanent suffira toujours, ou même presque toujours, aux urinaires infectés ou en état de rétention ? Ce serait se tromper étrangement, nous le savons. La sonde à demeure vaut mieux que la taille hypogastrique ; il faut l'essayer tout d'abord, voilà le principe. Mais il faut du temps devant soi, il faut que les accidents ne pressent pas trop.

Rappelons-nous qu'il est des cas où le cathétérisme permanent n'est pas recommandable (traumatismes, néoplasmes, cystites) où il est plus nuisible qu'utile. Rappelons-nous qu'il exige une attention continue pour assurer son bon fonctionnement, et que la surveillance en est difficile à domicile. Or, il faut aller au plus vite pour éviter la mort qui guette le malade : ouvrons donc la vessie, sans hésiter, en pareille circonstance.

En un mot, c'est bien vrai que la cystostomie sus-pubienne vit de la mort des autres moyens de traitement et qu'elle reconnaît comme indications toutes les contre-indications de ces derniers. Si elle n'existait pas, il faudrait l'inventer pour ces cas : elle existe, il faut la conserver... et en user.

II

Rétention, infection, hématurie, douleur, voilà bien quatre accidents communs à de nombreuses affections de l'appareil urinaire : aussi, les applications de la cystostomie sus-pubienne sont-elles également nombreuses : elle peut être utilisée, en effet, contre des accidents d'urgence dans l'hypertrophie de la prostate, dans les néoplasmes des voies urinaires inférieures, dans les rétrécissements compliqués de l'urètre, dans les traumatismes de ces organes, dans les cystites et dans certaines affections du rein, peut-être.

Mais ces applications, si nombreuses et si variées n'en sont pas moins exceptionnellement indiquées, soit parce que certaines de ces affections sont elles-mêmes excessivement rares, soit parce que la cystostomie sus-pubienne est une intervention qui ne doit être employée qu'après l'échec des autres moyens thérapeutiques, palliatifs ou curateurs, utilisés dans les mêmes cas, ou par suite de l'impossibilité de les appliquer.

Dans le chapitre précédent, étant admise l'urgence d'une intervention chirurgicale, nous avons mis en avant la cystostomie, mais tout en faisant des réserves sur la possibilité de lui préférer un traitement curatif.

Nous devons nous demander maintenant s'il faut s'en tenir à la seule taille, essayer une autre opération palliative, ou avoir recours à une intervention radicale, variable suivant l'affection considérée.



Il est quelques-unes de ces affections, cependant, dans lesquelles nous ne ferons pas en détail la discussion de ce choix : ce sont celles à l'égard desquelles l'opinion des chirurgiens semble faite aujourd'hui.

C'est ainsi que l'on paraît s'entendre maintenant, à quelques légères variantes près, sur les interventions que l'on doit pratiquer dans les **traumatismes de l'urètre** (1).

L'on admet que le chirurgien peut se trouver maintes fois conduit à ouvrir la vessie dans les ruptures de l'urètre, quel que soit le siège de la lésion. Le plus souvent, les malades sont en rétention, le cathétérisme est rarement praticable, et le fût-il, il se montre souvent insuffisant.

De même l'urétrotomie externe, quand elle est indiquée (rupture de l'urètre périnéo-bulbaire) est loin de permettre dans tous les cas de trouver le bout postérieur de l'urètre rompu (Obs. XLVII) ; bien souvent aussi, elle est contre-indiquée ou peu recommandable (ruptures de l'urètre pénien et de l'urètre profond (Obs. XLVIII-XLIX).

La cystostomie sus-pubienne rend, en pareilles circonstances, les plus grands services : non seulement

(1) Voir : E. FORGUE : *Traité de chir.* de DUPLAY et REGLUS, VII, p. 702, 1899 et *Presse médicale*, octobre 1903. — F. LEGUEU, *Traité de chir.* de LE DENTU et DELBET, IX, p. 336, 1900. — LEJARS : *Traité de chir. d'urgence*, 1903. — RICARD et LAUNAY, *Traité de thérapeutique chir.*, 1903. — RIEDER, *Méd. Record*, 23 nov. 1902.

elle porte remède aux accidents pressants, mais encore elle empêche l'infiltration de l'urine et met l'urètre au repos. Dans le cas de plaie périnéale, créée par l'urétrotomie externe première, elle en assure la cicatrisation plus rapide par la dérivation du cours des urines, ce qui est un avantage suffisant pour la préférer à la suture immédiate de l'incision vésicale hypogastrique après cathétérisme rétrograde. Enfin, dans le cas où l'on a cystostomisé d'emblée, cette intervention peut permettre la guérison complète (Obs. XLVIII) ; sinon, ce n'est qu'une opération d'attente que doit suivre plus tard la besogne de réparation (urétrotomie, urétroplastie, etc.)

L'on sait également, maintenant, qu'une **vessie rompue ou blessée**, commande l'intervention (1). On ne s'attarde plus guère, aujourd'hui, à mettre une sonde à demeure dans l'urètre, ou à faire des cathétérismes fréquents, comme le voulait Gosselin, la sonde ne répond ici qu'à une partie des indications et son emploi ne saurait être trop souvent qu'une perle de temps.

On s'accorde aussi, à rejeter, avec MM. Guyon et Albarran, l'incision périnéale qui ne permet qu'à grand'peine, et en courant le risque de léser l'intestin, d'apercevoir la portion du trigone et du bas-fond vésical ; dans tous les cas, l'étroit espace au milieu duquel l'opérateur doit s'orienter, ne peut, en aucune façon, lui permettre de suturer une rupture qui est à leur niveau, dans les circonstances où la cystorrhaphie est possible.

(1) Voir : LEGUEU : *loc. cit.*, p. 65. — TUFFIER : *Traité de chir. de DUPLAY et RECLUS*, VIII, p. 484. — SIEUR : *Arch. gén. de Méd.*, 1894, I., p. 130. — MALTRAIT : *Th. Lyon*, 1881. — SEXE : *Th. Lyon*, 1881. — GRYOPITIS : *Th. Lyon*, 1899-1900. — BERT et VIGNARD : *Province médicale*, 1898, p. 465. — THIBAUDET : *Th. Lyon*, 1901. — JOUON : *Ann. org. gén. urin.* 1902. — LEJARS : *loc. cit.*

Elle ne parait indiquée, associée au drainage hypogastrique (drainage transvésical de Guelliot, Mollière et Harrisson), qu'aux cas d'infiltration d'urine réalisée, ou de déchirure de l'urètre, coexistant avec des lésions vésicales (Legueu).

Intervenir le plus vite possible par la taille haute, à l'exemple de Gangolphe (de Lyon), voilà le premier principe généralement admis : faire, quand elle est praticable, la suture immédiate de la plaie ou de la déchirure vésicales, qu'elles soient intra ou extra-péritonéales, voilà le second principe.

Mais il est bien souvent indiqué de cystostomiser, que l'on soit amené à ouvrir méthodiquement la vessie, ou qu'on se borne à drainer par la plaie existante, faisant ainsi une cystostomie de nécessité (Le Dentu) (1). Car, bien souvent, la plaie n'est pas suturable : qu'elle soit large et grande comme dans certaines ruptures vésicales antérieures ; que son accès soit difficile comme dans les ruptures postérieures, près du sommet ou au voisinage du col ; que son aspect soit mauvais, à bords trop déchiquetés ou trop friables ; soit encore qu'il y ait infiltration urineuse, uro-purulente avec infection ; soit enfin qu'on ne puisse surveiller attentivement son malade : en cas d'infiltration ou d'infection consécutive à la suture, on risquerait alors de pratiquer trop tard le débridement qui s'impose en pareil cas.

Ajoutons que l'état de faiblesse du sujet, suite de choc, d'hémorragie ou d'infection, peut contre-indiquer la suture qui demande une anesthésie plus longue que la simple incision vésicale. La cystorrhaphie secondaire sera pratiquée plus tard, aussitôt que l'état

(1) LE DENTU. — In. R. PETIT ; *Ann. org. gén. urin.* 1897.

du malade le permettra, ou si la fermeture spontanée de la fistule hypogastrique tardait à se produire. Aujourd'hui, il est aussi de règle d'intervenir par le traitement opératoire (1), dans les **cystites chroniques rebelles** à tous les procédés de thérapeutique locale classiques, cathétérisme, lavages antiseptiques, instillations modificatrices, etc. L'urgence est, en effet, rarement, pour ne pas dire jamais, si impérieuse qu'elle commande l'ouverture de la vessie d'emblée.

Ce traitement opératoire est, aux yeux de la plupart des chirurgiens, la cystostomie sus-pubienne de préférence, quelle que soit la variété anatomique de la cystite, du moment que le symptôme douleur prend une grande prépondérance sur tous les autres.

La dilatation du col vésical chez la femme, qui a aussi été utilisée, associée ou non au curettage de la vessie, est abandonnée, en effet, comme insuffisante ; car, lorsque l'opération est nécessaire, on doit inciser le corps de la vessie, comme l'enseigne M. le professeur Guyon.

La taille vaginale ou colpocystostomie (Emmet) (2) bien souvent efficace autant que simple, ne permet pas d'explorer méthodiquement la muqueuse vésicale, ni de se rendre un compte exact des lésions ; ni de traiter cette muqueuse malade ; de plus, le sort d'une femme dont la vessie est ouverte par le vagin est bien plus pénible, sans contredit, que celui d'une autre femme qui porte une fistule hypogastrique.

Quant à la taille périnéale, chez l'homme, suivie ou

(1) Voir : GUYON : *Ann. org. gén. urin.* 1887, p. 11 et janv. 1888. — HARTMANN, *loc. cit.* — ALBARRAN : *Ann. gén. urin.* 1899, p. 413. — STOCKMANN, *Monatsberichte, f. Urol VI*, 4, 1901.

(2) EMMET : *Traité de gynécologie*. 1885.

non de curettage vésical (1). elle donne de bons résultats, mais ne peut être faite chez des individus porteurs de prostate grosse ou cancéreuse; elle risque fort de faire blesser les canaux déferents et ne permet pas une exploration complète et facile de la muqueuse vésicale.

Tandis que, sans présenter ces inconvénients, la cystostomie sus-pubienne, si la cystite est douloureuse (due à une infection banale, à la gangrène, à la formation de pseudo-membranes, à un ulcère, à la leucoplasie vésicale, etc.) a sur le symptôme douleur une action puissante (Guyon, Hartmann, Michon, Poncet, etc.); et, chaque fois qu'elle a été employée, dans l'espace de quelques jours à peine, les souffrances ont disparu ou se sont sensiblement amoindries (Obs. L.).

Si la cystite est calculeuse ou engendrée par un corps étranger ancien, la taille haute, suivie de drainage, sera préférable à la lithotritie si le malade est gravement infecté, si la vessie est très douloureuse et très excitable (Obs. LI), s'il y a hématurie abondante, si le calcul est très volumineux.

Si la cystite est variqueuse (Tiffiaux), l'ouverture vésicale sus-pubienne permet de lutter directement contre le vaisseau hémorragique (Obs. LII).

C'est de même un fait généralement admis que le traitement de la **tuberculose vésicale**, qui doit être mis en pratique, est le traitement général : il faut y joindre l'action locale sans manœuvres irritantes, sans opération sanglante, celle-ci ne devant

(1) Voir : LEGUEU : *Ann. org. gén. urin.*, déc. 1895. — ESCAT, *ib.*, 1897. — VIGNÉ D'OCTON, *Th.* Lyon, 1895. — STOKES : *Am. med. Ass.*, 27 Sept. 1902.

être pratiquée qu'après l'échec de ces moyens(1).

L'on sait aussi, et nous l'avons déjà signalé, que la tuberculose vésicale étant rarement primitive, l'intervention directe et locale doit être limitée, si les reins sont primitivement pris, si la prostate et les vésicules séminales sont la source de l'infection : c'est, en effet, contre cette source que doit être dirigée principalement l'intervention curatrice, néphrectomie, prostatectomie, etc. Ainsi la cystostomie palliative précoce dans la tuberculose vésicale, comme la veulent Bérard et Damage (*Th. Lyon*, 1899-1900) ne paraît pas devoir être indiquée, cette opération devant convenir tout particulièrement aux cas graves, avec lésions très avancées, sans espoir de guérison radicale. Préférée, comme dans les cystistes douloureuses, à la dilatation du col et à la colpocystostomie chez la femme, à la taille périnéale chez l'homme, et faite dans le but unique de diminuer les douleurs et certains symptômes pénibles, comme la fréquence (Obs. LIII), l'hématurie et l'infection associées à la tuberculose, la cystostomie sus-pubienne, si elle n'est pas curative, procure, au moins, le repos au malade, prolonge son existence, comme chez les opérés de Guyon, Reverdin, Bayle, Schatz, Pilcher, Desnos, A. Powers, Hamonic, Brennam, Meyer, Praxni, Routier, etc.

Si les lésions ne paraissent pas entraîner l'incurabilité complète, on pourrait essayer de rendre curative l'intervention en lui associant le curettage

(1) Voir : GUYON : *Ann. org. gén. urin.* 1884 et 1888. — OGIER : *Th. Lyon*, 1892. — VIGNERON, *VII^e Cong. de Chir.*, 1893. — ROUTIER. *Cong. de Chir.*, 1896. — CARLIER : *Echo méd. du Nord*, 1900. — BRENNAM, *Revue de Gynéc.* 1900. — HAMONIC : *Revue clin. d'Androl* 1903 fév. — NEWMARK : *Méd. rec.*, sept. 1902. — D^{rs} CHAS POWERS et MEYER, *Ass am. de chir.*, juin 1902. — PRAXNI, : *Vratch pratique*, n° 32, 1902,

de la cavité vésicale ou la cautérisation de la muqueuse (Guyon, Rollet, Tillaux, Routier), ou pratiquer l'extirpation de toute la muqueuse malade (Delagenière, Bardenhauer), ou enfin, à l'exemple de Trendelenburg, faire l'excision totale de la vessie.

Ici, comme dans le cas de cystites douloureuses, si la guérison peut parfois être obtenue par une fistulisation temporaire de la vessie, souvent aussi il faudra conserver définitivement le méat artificiel.

Comme dans la tuberculose vésicale, les indications de la cystostomie sus-pubienne dans les **néoplasmes de la vessie**, sont encore aujourd'hui ce qu'elles étaient il y a quelques années, après les travaux d'Albarran, de Clado, de Faure, de Michon, de Poncet, etc., avec cette restriction toutefois qu'elles doivent moins souvent se présenter, par suite des progrès faits par la thérapeutique curatrice.

C'est un point acquis que, quelle que soit la nature de la néoplasie vésicale, il faut sans retard ouvrir la vessie, puisque cette incision peut mettre un terme aux accidents alarmants, rétention, infection, hématurie, douleurs, et permettre, en même temps, l'ablation du néoplasme. Cette combinaison de la taille exploratrice et de la cure radicale (cystectomie totale ou partielle, ablation de la tumeur) exécutées dans la même séance, convient aux tumeurs opérables, du moins si l'état du sujet permet d'entreprendre sur lui une opération quelque peu complexe : mais, si l'on est pressé par des symptômes très sérieux ou des complications graves, de même qu'en cas de tumeur inopérable — cas fréquent dans les tumeurs infiltrées et sessiles, d'après O. Pasteau (1) — le

(1) O. PASTEAU. XIII^e Cong. internat. de Méd. 5^e séance, 1900.

drainage hypogastrique simple est préférable : il sera temporaire ou définitif suivant l'évolution ultérieure de la maladie.

Enfin, nous ne faisons que mentionner l'éventualité possible mais tout à fait exceptionnelle de cystostomiser dans le **cancer de l'urètre** généralement inopérable (1), dans la **tuberculose de la prostate**, avec lésions étendues (Von Frisch, *Les maladies de la prostate*) contre-indiquant la prostatectomie, et plus rarement encore dans la **tuberculose urétrale** (2) du fait d'une stricture amenant la rétention, d'hémorragies graves, ou des souffrances que ces affections peuvent déterminer parfois.

*
* *

A côté des affections précédentes, dont le traitement chirurgical paraît, à l'heure actuelle assez nettement précisé, il en est d'autres, qui, à l'ordre du jour de la chirurgie moderne, méritent d'attirer plus longuement notre attention ; nous voulons parler du prostatisme et du cancer de la prostate, des rétrécissements de l'urètre et de quelques affections du rein.

Hypertrophie de la prostate

Un prostatique, rétentionniste ou non, aseptique ou infecté, hématurique, est jugé justiciable du traitement opératoire : au lieu de la cystostomie sus-pubienne, faut-il préférer une prostatectomie ou l'une des autres interventions palliatives qui ont été proposées contre les accidents du prostatisme ?

A) — Parmi ces dernières, nous éliminerons de suite l'*incision périnéale*, préconisée par Harrisson, Watson

(1) WASSERMANN. *Th.* Paris, 1895. — LEGUEU. *Loc. cit.* p. 413.

(2) BÉRARD et TRILLAT. *Bulletin médical*, p. 739, 1901.

et Thompson, et pratiquée par Withead, par Rochet et Durand de Lyon, plus récemment encore par Kœnig de Berlin (1). De l'avis de la majorité des auteurs (Legueu, Albarran, Michon, Poncet, etc) elle doit être abandonnée : elle paraît être une opération trop grave et trop compliquée pour un simple drainage. « L'écoulement de l'urine, écrit Desnos (2) « est peut-être assuré d'une manière plus parfaite « par cette voie, théoriquement tout au moins, « mais on a vu la complexité du procédé, et il faudrait être certain d'une grande supériorité dans les « résultats pour préférer ce manuel opératoire à celui « de la cystostomie hypogastrique qui est bien plus « simple. » Aujourd'hui, on pourrait peut-être invoquer en faveur de la cystostomie périnéale, la possibilité de se servir plus tard de cette voie pour pratiquer l'ablation de la prostate; mais cette seule raison ne suffit pas, à notre sens, et la voie sus-pubienne conserve toujours les avantages de la bénignité et de la simplicité.

Nous rappellerons de même, pour ne plus y revenir, le procédé du trocart à demeure ou *cystodrainage* de Lejars, dont les indications sont à peu de chose près les mêmes que celles de la cystostomie; nous savons qu'il est admis à titre de procédé d'exception, que seules les conditions de milieu peuvent exiger (Obs. XXIX). On pourra toujours en retirer les avantages vantés par Lejars, Remy, Danefle, etc; mais il semble

(1) Voir HARRISSON : *Surgical disorders on the gén. urin. org.* 1893, p. 273. — ANNANDALE : *Edinburg Méd. J.* vol. XXXIII. — WITHEAD, cité par MANSELL MOULIN : *Enlargement of the prostate*, 1899. — ROCHET : *Arch. prov. de Chir.* 1896. — KœNIG, cité par BRAUN, *Berlin. Klin. Woch.*, 18 mars 1901.

(2) DESNOS. — *Les Traitements modernes de l'hypertrophie de la prostate* 1901.

prudent, sinon nécessaire, de le faire suivre, le plus tôt possible, d'une cystostomie méthodique ou d'une prostatectomie, suivant les circonstances.

Nous ne saurions pas non plus faire rentrer dans notre discussion tous les *procédés de traitements, dits curatifs*, du prostatisme. C'est ainsi que nous laisserons complètement de côté toute cette série de procédés et d'opérations, qui, depuis 1893, ont pris naissance, soit en France, soit surtout à l'étranger, et qui, se proposaient d'amener une diminution du volume de la prostate, par une voie indirecte : castration unilatérale (Ramm, Haynes, Withe), résection des canaux déférents (Isnardi, Pavone, Haynes, Withe), ligature des artères spermatiques et déférentielles (Withe) résection bilatérale des nerfs spermatiques (Pjewalski), résection des vaisseaux et des nerfs du cordon, angionévrectomie (Albarran et Motz.), etc. Nous ne parlerons pas non plus de quelques procédés agissant directement sur la prostate : cautérisation interstitielle ou directe, dilatation par la voie périnéale ou urétrale, applications électriques, prostatectomie partielle par la voie urétrale, etc. (1). Ce sont là autant de procédés qui sont universellement abandonnés aujourd'hui : nous ne les avons cités que pour rappeler combien certains sont dangereux parce que méthodes aveugles ; presque tous donnent des résultats incertains ou nuls ; enfin, la plupart ne répondent pas à des indications d'urgence ce que prouvent bien les observations (2) d'Audry, de Tailhefer, de Chevalier,

(1) Voir FLOERSHEIM : *Th.* Paris-1896-97. — DESNOS, *loc. cit.*

(2) ROUTIER : *Congrès d'Urologie*, 1895. — FENWICK : *Brit. Méd. J.* 16 mars 1895. — LEVINGS : *Méd. News.* août 1896. — SOUCHON : Cité par Withe : *Annal. of Surg.* 1893. — ZUCKERKANDL : *Wien. Klin. Rundschau*, 1899. — MOTZ, CHEVALIER : *Congr. d'Urologie*, 1897. — TAILHEFER : *Ass. franc. d'urolog.*, 1898. — AUDRY : *Arch. Méd. de Toulouse*, 15 mai 1898.

de Zuckerkandl, de Routier, de Fenwick, de Levings, de Souchon, de Motz, qui employèrent quelques-uns de ces procédés secondairement à une cystostomie d'urgence : c'était, à l'époque où ces opérations semblaient devoir donner des résultats, le traitement en deux temps distincts.

Restent donc trois procédés curatifs qui se partagent, d'une façon inégale, la faveur des chirurgiens actuels : l'*opération de Bottini* ou incision galvanocaustique de la prostate, la *prostatectomie sus-pubienne*, et la *prostatectomie périnéale totale*. Nous n'avons pas à discuter en détail leur valeur respective ; nous nous contenterons d'avouer notre préférence pour la prostatectomie périnéale, d'accord en cela avec MM. Albarran, Hartmann, Legueu, Tuffier, Bazy, Jaboulay, Verhoogen, Pousson, etc.

L'opération de Bottini, en effet, réservée à l'ischurie c'est-à-dire rétention aiguë ou chronique, principalement dans le cas d'obstacle prostatique saillant au niveau du col (Desnos, Freudenberg (1), outre qu'elle donne des résultats incertains et incomplets, avec une mortalité assez élevée (8 à 12 % suivant Albarran), elle semble contre-indiquée par l'infection et demande une instrumentation spéciale et assez compliquée : autant de raisons qui la rendent bien inférieure, en chirurgie d'urgence, à la cystostomie sus-pubienne dont elle peut toujours être le complément plus ou moins tardif, comme dans un cas de Meyer (*Médical Record*. 1900).

Meilleure comme opération d'urgence est la prostatectomie sus-pubienne ; limitée au lobe moyen de la prostate, ce ne saurait être une opération voulue et

(1) A. FREUDENBERG. — *Samlung Klin. Vortrage, beg. von Volkman* 1902, n° 328.

pratiquée de parti pris, mais elle doit être la fin nécessaire de toute cystostomie (1) dans le cas où la vessie ouverte d'urgence, on constate des saillies d'origine prostatique (Obs. XXIII et XXIV.) Totale au contraire, suivant la méthode de Freyer (2), c'est une opération méthodique, dont les indications sont sensiblement les mêmes que celles de la prostatectomie périnéale.

B) — Quel que soit le prostatique justiciable d'une intervention d'urgence, quel que soit l'accident qui motive cette dernière, il est plusieurs circonstances d'ordre général, qui peuvent contre-indiquer toute prostatectomie, la périnéale totale en particulier :

Nous faisons grand cas de l'indication de milieu, qui peut primer tout (Obs. III-XV-XVIII-XXIX). Il a ut avouer que peu de praticiens disposent du matériel et de l'instrumentation assez spéciaux de la prostatectomie : peu d'entre eux sont assez rompus aux délicatesses de la chirurgie pour tenter d'urgence une intervention qui, comme la prostatectomie périnéale, présente parfois de grandes difficultés. N'avons-nous pas entendu M. Albarran déclarer à l'Association française d'urologie (1901) que beaucoup de ses opérations ont présenté des difficultés opératoires sérieuses ? Pour ces raisons, le praticien préférera donc parfois la cystostomie, plus simple, à la cure radicale plus complexe.

Mais nous devons également nous placer au point de vue de la chirurgie d'hôpital et de clinique, et voir si même dans les meilleures conditions d'ambiance, la

(1) DESNOS : *Loc cit.* — PASQUION : *Thèse* Bordeaux, 1889-1900. —
POUSSON : *J. de méd. de Bordeaux*, 22 mai 1898.

(2) FREYER : *Brit. méd. J.* 21 juill. 1901. — JARWIS et PROUST : *Presse méd.*, 19 août 1903.

simple taille peut être préférée à la prostatectomie.

« Siles prostatiques, écrivait quelque part M. Poncet, « venaient réclamer le secours de la chirurgie avant « de présenter des accidents graves, avant d'être « atteints de cystite et d'infection ; si l'on pouvait pratiquer sur eux une opération en quelque sorte préventive, c'est aux prostatectomies que l'on pourrait songer. Mais les malades qui acceptent ou qui demandent une intervention semblable ne sont pas dans de telles conditions. Ils attendent les complications et dès lors l'opération est insuffisante et trop grave pour être tentée. » Certes, on est revenu en partie sur cette impression de gravité que la majorité des chirurgiens partageaient encore tout récemment au sujet de la prostatectomie : on s'accorde aujourd'hui pour la regarder comme relativement bénigne. Mais cependant, elle ne peut en aucune façon tenir la comparaison à ce point de vue avec la cystostomie sus-pubienne : celle-ci, par sa simplicité plus grande, par sa gravité moindre, par la rapidité de son exécution, par son absence de complications, se recommande chez les *sujets gravement atteints et profondément déçus* (Obs. IV-V-VI-X-XVIII-XXIV-XXVII-XXVIII) de préférence à la prostatectomie que l'on peut toujours pratiquer secondairement, après le relèvement des forces du malade.

Dans le même ordre d'idées, intervient aussi *l'âge* du malade ; considération toute contingente si l'on veut, mais cependant digne d'entrer en ligne de compte. La cystostomie est réservée aux prostatiques trop avancés en âge, c'est un fait admis (Albarran) : personne n'aurait osé enlever la prostate de ce vieillard de 87 ans, cystostomisé par M. Poncet, (1) de même que

(1) PONCET : *Soc. méd.*, de Lyon, 1897.

le grand âge des malades a beaucoup poussé à la prudence, dans nos observations I-VIII-IX-XV.

Chez les prostatiques très jeunes, aussi, il nous semble qu'il faut employer la prostatectomie avec réserve, et cela à cause de l'action de cette opération sur les fonctions génitales : on sait que dans l'ablation de la prostate, les canaux éjaculateurs sont souvent, sinon toujours, atteints ; on sait aussi que la prostatectomie supprime, ou tout au moins diminue les érections dans la grande majorité des cas (Dr J. Petit).

Or, si l'hypertrophie de la prostate n'apparaît habituellement, du moins, avec son cortège de désordres, qu'à partir de 55 ans, il peut se faire qu'elle survienne plus précoce et chez des malades jeunes : on en a cité de nombreux exemples (1) tels ceux de Teale, de Mac Gill, de Mansell Moulin, d'Iversen, de Schmidt, de Withe, de Packard, de Caminitti, d'Hamonic, dont les âges variaient de 36 à 49 ans (Obs. X-XVII).

En cas d'accidents urgents commandant une intervention chirurgicale chez de tels malades, les prévenir doit être le premier devoir du chirurgien, afin qu'ils puissent choisir entre une opération curatrice, mais risquant de leur faire perdre sûrement leur puissance virile, la prostatectomie, en un mot, — et une intervention qui parera à leurs accidents impératifs sans les guérir radicalement, mais ne les laissera pas impuissants : la cystostomie sus-pubienne. Nous sommes sûrs que, presque tous les malades jeunes n'hésiteraient pas à préférer cette dernière (Obs. XIII),

(1) TEALE : *Brit. med. Ass.* 1889. — MAC GILL : *The Lancet*, 1888. — MANSELL MOULIN : *Enlargement de la prostate*, 1889. — PACKARD : Cité par Mansell Moulin. — WITHE : *Med. news.*, 1900. — IVERSEN, SCHMIDT, cités par BELFIELD : *Am. J. of. med. Sc.*, 1890. — CAMINITTI : *Ingronamento prostatici*, Milano, 1898. — HAMONIC : *Revue d'Androl et de Gyn.* 1902.

quitte à compléter leur guérison par une cure radicale, si le méat hypogastrique devait être conservé en permanence et devenait pour eux une infirmité gênante. Nous pouvons même affirmer — loin de nous toute pensée d'offense ou de risée envers la vieillesse — que si les prostatiques âgés étaient prévenus, comme ils doivent l'être du reste, bon nombre voudraient essayer la cystostomie sus-pubienne, avant de sacrifier une puissance génésique, dont la valeur est peut-être sujette à caution, mais dont les restes sont à leurs yeux un bien précieux dont ils veulent profiter jusqu'au bout.

Il faut encore compter dans le choix de l'intervention avec une dernière complication d'ordre général, la *diminution ou même le défaut de contractilité vésicale*, ne laissant aucun espoir d'amélioration ou de retour à la normale. Causée par une sclérose vésicale avancée, caractérisée par des poches et cellules nombreuses et un épaississement marqué des parois de la vessie, avec colonnes très développées, cette complication paraît devoir se rencontrer rarement, puisque l'artériosclérose n'a été rencontrée par MM. Albarran et Hallé (*loc. cit.*) que dans 20 ou 30 0/0 des cas; M. Albarran pense même que la contractilité vésicale est plus souvent abolie apparemment que réellement. Mais il n'en reste pas moins établi qu'il y a des malades « qui ont un muscle vésical congénitalement « faible. Ce sont les candidats à la rétention sénile, « même sans obstacle prostatique. Leur vessie est à « la fois atone et peu sensible en même temps à la « distension. M. Guyon, avec sa conception de la sclé- « rose vésico-prostatique a bien montré tout l'import- « tance qu'il fallait attribuer à cette déchéance vési- « cale dans la maladie dite hypertrophie prostatique »

(Rochet (4). Ces malades ne paraissent pas devoir tirer grand bénéfice de la prostatectomie ; c'est peut-être à la sclérose qu'il faut attribuer l'insuccès de cette dernière opération chez l'opéré d'Audry (Obs. XXVIII). La cystostomie, au contraire, reste pour eux une bonne opération contre les graves accidents qui peuvent les atteindre.

C) — Etant écartés, les malades qui rentrent dans les conditions que nous venons de signaler, considérons une première catégorie de prostatiques, chez lesquels les troubles fonctionnels prédominent, rétention aiguë ou chronique, avec urines normales, sans troubles généraux d'infection urinaire, ce sont les *prostatiques mécaniques de Poncet, les aseptiques*.

Chez de tels malades, l'emploi du traitement palliatif, du moins en tant que cystostomie sus-pubienne, doit devenir de plus en plus restreint, par suite des bons résultats que l'on est en droit d'attendre des prostatectomies, la périnéale totale en particulier. Cette dernière opération, en effet, semble bien répondre au but que doit viser le chirurgien en la pratiquant : remédier à des accidents immédiats, (rétention dans le cas considéré) et, par suite, sauvegarder la vie du malade ; empêcher le retour des accidents en donnant à l'urine une issue large et facile ; rétablir la miction volontaire par les voies naturelles (Poncet). A ce titre, elle comporte bien les conditions requises pour une intervention d'urgence : elle a, en outre, l'avantage d'être curative.

Pour tous les chirurgiens qui ont pratiqué ou étudié la prostatectomie Proust, Albarran, Legueu, Bazy, Hartmann, Petit, etc. les rétentionnistes, quels

(4) ROCHET : *Traité de la dysurie sénile*, Paris 1898.

qu'ils soient, relèvent de la prostatectomie. M. Poncet, lui-même, reconnaît que chez les prostatiques mécaniques les limites de l'intervention sont plus larges.

« Malgré les publications nouvelles sur la prostatectomie périnéale, dit aussi M. Delore, nos conclusions sur l'urgence de la cystostomie chez les divers prostatiques, infectés ou non, n'ont guère varié. En cas de prostatique aseptique, on pourrait cependant préférer parfois la prostatectomie, et cela toutes les fois que l'état général est assez bon pour supporter une intervention plus grave que la cystostomie » (*Communication par lettre*). En un mot, la rétention constitue une indication formelle de la prostatectomie.

Dans la rétention chronique aseptique, complète ou incomplète, l'indication est nette : la cystostomie ne saurait même pas aujourd'hui venir un instant à l'esprit du chirurgien. C'est la prostatectomie qui est ici l'opération de choix : l'ordre d'agir sera donné par les difficultés du cathétérisme qui réclamaient auparavant une cystostomie sus-pubienne. Chez de tels prostatiques, du reste, l'urgence est rarement si pressante qu'on ne puisse instituer un traitement préparatoire qui influera beaucoup sur les résultats de l'opération.

En est-il de même chez le rétentionniste aigu ? Écoutons M. Albarran (1) : « Les opérations ayant en vue le traitement curatif ne doivent pas être faites pendant les périodes de rétention aiguë ou d'infection fébrile. En cas de rétention aiguë, la congestion prostatique rendra l'opération plus difficile, alors que les sondages réguliers, pendant quelque temps, éviteront cet inconvénient. » Écoutons encore le

(1) ALBARRAN, *Traité de Chirurgie*, de LE DENTU ET DELBET, art. prostate.

Dr J. Petit : « Chez le rétentionniste aigu récent, il y a
« lieu d'opérer, mais il faut attendre quelques jours,
« quinze à vingt ; les conditions opératoires sont
« meilleures sans contredit. »

C'est bien si les sondages sont possibles ; tous les chirurgiens sont d'accord sur ce point. Mais, nous l'avons appris ailleurs, l'obstacle au cours des urines peut être infranchissable. En pareille occurrence, bon nombre, pour ne pas dire la totalité, des prostatectomistes, n'hésitent pas à reconnaître que la cure radicale doit être tentée quand même. M. Dury (1), élève de Jaboulay, le dit fort bien après avoir vanté l'utilité d'un traitement préliminaire : « Voudrions-
« nous, pour cela, dire que la prostatectomie n'est pas
« une opération d'urgence, dit-il ? Loin de nous cette
« idée. Dans nos observations I et II, elle a été prati-
« quée et a donné un résultat parfait. C'étaient là des
« malades qu'on aurait cystostomisés. Actuellement,
« tous les deux piochent la terre et vivent de leur
« travail ; feraient-ils cela avec un méat sus-pubien
« incontinent ? »

Le premier malade de M. Dury était un homme de 66 ans, en rétention complète aiguë avec cathétérisme impossible ; des ponctions sus-pubiennes étaient restées infructueuses ; la prostatectomie fut pratiquée d'urgence et la guérison parfaite. Son second malade avait 60 ans ; il était atteint de rétention aiguë avec souffrances atroces ; le cathétérisme étant impraticable, on fit la prostatectomie périnéale d'urgence et l'opéré guérit. De même, A. H. Fergusson déclarait (2) récemment qu'il avait opéré, avec succès, trois

(1) DURY. *Th. de Lyon*, 1901-1902.

(2) A.-H. FERGUSSON : *Amer. méd. Assoc.*, 1902.

malades, dont un très âgé, sans avoir pris le temps de les préparer à l'opération.

Il faut admettre la supériorité de la prostatectomie périnéale comme opération d'urgence dans la rétention aiguë, avec ou sans impossibilité du cathétérisme, chez les prostatiques non infectés ; c'est à elle que le chirurgien devra recourir quand il lui sera indiqué d'abandonner la sonde pour prendre le bistouri.

Mais c'est surtout chez une autre catégorie de prostatiques rétentionnistes, les *infectés*, les *empoisonnés urinaires* de Poncet, que la cystostomie sus-pubienne sera proposée ; cette opération vise alors un double but : tourner un obstacle gênant, parfois infranchissable, et lutter contre les complications graves de l'infection urinaire.

Tous les prostatectomistes cependant, Albarran, Tuffier, Hartmann, Legueu, Pousson, Bazy, Dorsl, Verhoogen, Deffis, P. Syms, et bien d'autres qu'il serait trop long d'énumérer, mettent l'infection au nombre des indications de la prostatectomie (1). M. Albarran, d'après les résultats qu'il a obtenus de cette opération — 30 opérations suivies de succès complet depuis six mois à deux ans — pratique la prostatectomie périnéale dans le cas d'infection vésicale et même d'infection générale ; les lésions rénales légères ou chroniques ne sont pas des contre-indications opératoires selon lui.

« L'expérience nous a appris, dit après lui M. le Dr
« J. Petit, que certaines infections graves de l'appareil
« urinaire chez les prostatiques pouvaient être amé-
« liorées, sinon guéries, par la prostatectomie. Il y a

(1) HARTMANN, LEGUEU, ALBARRAN, etc. *Ass. fr. d'urol.*, 1902. — BAZY. *Soc. de chir.*, juillet 1902. — TUFFIER. *Soc. de chir.*, 4 mars 1903. — DORSL. *Méd. Wekkled*, 25 janvier 1902. — VERHOOGEN. *Ann. soc. belge de chir.*, juin 1900. et *Ann.*, de GUYON, 1901.

« donc lieu d'élargir davantage le champ des indications opératoires chez les prostatiques infectés. » De nombreux exemples ont, de plus, prouvé d'une manière péremptoire l'heureuse influence de la prostatectomie sur l'infection. Mais, à notre connaissance, cette opération n'a pas été pratiquée d'urgence chez les malades septiques : on l'a toujours fait précéder d'un traitement préliminaire de quelques jours. M. le Dr Petit dit bien que les infectés « méritent un traitement préparatoire au même titre que les rétentionnistes aigus récents, surtout si la vessie est très infectée, l'état général mauvais, s'il y a de la fièvre. Les résultats sont, sans contredit, meilleurs. » Il ajoute, autre part dans sa thèse, que M. Albarran a soigneusement évité d'opérer les malades dont l'état général était trop mauvais et dont l'âge était trop avancé.

De fait, il est à remarquer que les chirurgiens qui ont pris ces précautions ont obtenu de la prostatectomie les meilleurs résultats. Thorndike, par exemple, ne compte pas de décès sur neuf cas, et huit succès complets (1). Tandis que ceux qui n'ont pas fait un choix judicieux, ont eu de moins bons résultats (2). Ainsi, Mac Gowan a opéré 50 malades, âgés de 63 à 81 ans, mais avec une mortalité assez forte qu'il ne donne malheureusement pas ; il dit lui-même qu'il ne pouvait espérer de résultats meilleurs, parce que les vessies étaient invariablement malades. Fuller encore, qui opérait les malades, même âgés,

(1) THORNDIKE. *Boston méd. and Surg. J.*, 7 août 1902.

(2) MAC GOWAN. *Am. méd. Ass.*, juin 1901. — FULLER, GUITERAS. *Am. méd. Ass.*, juin 1901. — LEGUEU, ALBARRAN. *Soc. de chir.*, 1902. — MACIAS et GONZALES. *Ann. gén. urin.*, 1901. — REYNES, DORSL. *Ass. fr. d'urol.*, 1902. — TEDENAT. *Montpellier Méd.*, 1898. — TUFFIER. *Soc. de chir.*, mars 1903. — JABOULAY, cité par DURY. *Th. Lyon*, 1901.

n'a pas une mortalité moindre que 8 à 10 0/0 à enregistrer, et même, dans les cas les plus graves, cette mortalité s'est élevée à 35 0/0. Guiteras qui, cependant, rejetait les malades âgés et ceux qui paraissaient ne pas pouvoir supporter une opération chirurgicale, compte 25 morts sur 152 cas, soit une mortalité de 16,5 0/0. Ajoutons que, chaque fois que nous avons trouvé la mort notée après la prostatectomie, elle avait été pratiquée chez des infectés, souvent il est vrai, avec lésions rénales plus ou moins avancées : tels étaient les cas d'Albarran, Legueu, Macias et Gonzalès, Reynès, Dorsl, Tédénat, Tuffier, Willy Meyer, Jaboulay, Alexander.

Enfin Pousson, sur 10 opérés en a perdu 3 : l'un mourut du fait d'accidents pulmonaires; un second fut emporté par l'infection purulente au 15^e jour; et le 3^e, un vieillard de 74 ans, mourut d'une embolie causée probablement par une phlébite périprostatique. (*Assoc. franc. d'urol.*, 1902).

Les veines pelviennes et prostatiques paraissent, en effet, exposées à la thrombose à la suite de prostatectomies, surtout chez les malades en état d'infection. M. le professeur Guyon a constaté depuis longtemps déjà, l'apparition de *phlegmatia alba dolens* à la suite de tailles pour calculs ou tumeurs de la vessie : l'embolie est un accident plus rare ; « on comprend même, « dit-il, que cet accident s'observe parfois chez les « prostatiques et toujours l'on constate que la vessie « de ces malades était infectée. Les faits permettent « de penser que le traumatisme qui atteint une vessie « infectée favorise la production de la phlébite; la « plaie vésicale, comme la plaie utérine, fait fonction « de porte d'entrée : il faut également admettre la « possibilité de la propagation interstitielle. » En 1901,

M. Edouard L. Keyes a recueilli 10 exemples d'emboles pulmonaires à la suite tant de cystostomies que de prostatectomies; deux fois seulement cet accident s'est produit après la taille sus-pubienne et 8 fois après la prostatectomie : sur ces 8 cas, deux furent vérifiés par l'autopsie, deux autres sont moins certains; mais en ne retenant que les faits les plus nets, on trouve qu'après la prostatectomie la proportion reste le double de ce qu'elle est après la cystostomie. De même, Meyer, sur 4 décès après la prostatectomie en observa deux, qui reconnaissent la même cause (1).

Ces quelques considérations paraissent bien démontrer, non seulement qu'on aurait tort de vouloir imposer la prostatectomie périnéale dans presque tous les cas d'infection, mais qu'on ne saurait trop apporter de circonspection dans son emploi chez les infectés. On pourrait en dire autant de la prostatectomie sus-pubienne dont l'infection est le principal danger (Albarran). Aussi une distinction s'impose.

Chez les infectés d'origine vésicale simple, la prostatectomie, du moins périnéale, semble pouvoir être employée d'urgence. Sans doute un traitement préliminaire est utile : mais quand on ne peut on ne doit plus sonder, on peut s'en passer. « Dans l'infection urinaire d'origine vésicale chez les prostatiques — dit M. Albarran(2) — « on doit, à mon avis commencer par la sonde à demeure dont M. Guyon a démontré les merveilleux résultats : lorsque la sonde

(1) Voir : GUYON. *An. org. gen. urin.*, I. 1901. — E. VIAU. *J. de méd. et de chir. pratique*, 10 juin 1902. — EDOUARD L. KEYES. *N. Y. Méd. J.*, 5 avril 1901.

(2) ALBARRAN. *Pres. Méd.*, 24 mai 1902. — DEFFIS. *Ann. org. gén. urin.* 1901, p. 1153.

« est impuissante il est de règle d'avoir recours à la
« cystostomie sus-pubienne de Poncet. Mon expé-
« rience personnelle de la cystostomie sus-pubienne
« dans ces cas est si décevante que, dorénavant, je
« traiterai ces malades par la prostatectomie qui as-
« sure un drainage plus efficace. Je ne craindrai pas
« d'opérer dans ces cas comme je ne crains pas de
« faire la néphrostomie dans une pyonéphrose grave.»

MM. Macias et Gonzalès (cités par Deffis) tiennent la même conduite, qui semble la meilleure, du moins si l'infection vésicale est légère.

Mais si cette infection est grave, de même que s'il y a des lésions rénales, la cystostomie paraît préférable. Mais pourquoi vouloir spécifier, comme le font certains chirurgiens, et refuser la prostatectomie aux seules lésions de pyélonéphrite, doubles et graves ? « Le drainage cysto-périnéal large tel que la prostatectomie permet seule de l'appliquer, nous autorise à rétrécir le champ des contre-indications opératoires chez les prostatiques atteints de pyélonéphrite » (Dr Petit). L'efficacité de ce drainage périnéal est réelle. Mais encore faut-il l'établir : n'est-il pas à craindre qu'une opération aussi compliquée et par là même aussi longue que la prostatectomie, tenant le malade 1 heure ou 1 heure 1/2 sous le chloroforme — comme cela est arrivé presque chaque fois à M. Albarran, (cité par Petit) — ne soit funeste au malade ? Sait-on jamais comment réagira le rein des urinaires surtout en état de pyélonéphrite ? Ne sait-on pas les dégâts que cause la chloroformisation prolongée sur les reins de tels malades ? Pensons que c'est parmi les rénaux que la prostatectomie a fait le plus de victimes ! Pensons aux dangers du traumatisme de la prostate dans une vessie très infectée ; et nous ne pourrions nous empê-

cher de préférer, à la cure radicale d'emblée, la cystostomie sus-pubienne, aussi bien chez les rénaux (Obs. XVIII, XIX, XX, XXVIII) que chez les prostatiques à infection grave d'origine vésicale. (Obs. VI, XVI).

De même, les malades atteints de suppuration péri-vésicale et péri-prostatique, chez qui la prostatectomie est contre-indiquée (Albarran) sont justiciables de la cystostomie sus-pubienne (Obs. VII).

Une autre catégorie de malades comprend les *hématuriques*; le pissement de sang peut se rencontrer chez les prostatiques aussi désespérant par sa ténacité et sa répétition, que chez les néoplasiques. Il arrive bien souvent qu'après l'échec du traitement médical, qui semble être de règle, la sonde à demeure avec aspiration reste sans effet. Force est alors de recourir au traitement opératoire.

Sans doute la prostatectomie périnéale a pu, dans certains cas arrêter des hémorragies abondantes, chez deux opérés de Bazy (1) par exemple : mais il faut songer que la plupart des prostatiques hématuriques sont vite en mauvais état, et souvent incapables de subir une opération sérieuse (Obs. XXIV) anémiés et débilités qu'ils sont par les pertes de sang. Là encore, la cystostomie reste la seule ressource, mais ressource efficace, si nous en croyons les nombreux exemples cités par Poncet, Michon, Hahn, et plus récemment par Hamonic et Clarke Bruce (2).

Après l'hématurie, une autre complication fréquente du prostatisme est la *calculose vésicale* : c'est là une indication de la cystostomie sus-pubienne, mais c'est

(1) BAZY. : *Soc. de Chir.*, 1902, 48 et 23 juillet.

(2) HAMONIC.— *Rev. clin. d'androl. et de gyn.* 1902 et 1903.— CLARKE BRUCE. — *Brit. Méd. J.* 1900.

également une indication de la prostatectomie périnéale.

La lithotritie, en effet, doit être généralement rejetée chez les calculeux prostatiques ; chez les lithotritiés, on sait d'après les enseignements de M. le professeur Guyon, que la vessie se vide en général moins bien après l'intervention, qu'elle ne se vidait lorsqu'elle contenait une pierre ; chez les prostatiques par conséquent, la lithotritie exagère la rétention, presque toujours préexistante : « On sait, écrit Albar-
« ran, mon maître Guyon l'a bien montré et je l'ai
« vérifié maintes fois, qu'après la lithotritie on voit
« souvent les prostatiques uriner plus difficilement
« qu'avant l'opération. Le calcul entretenait un cer-
« tain degré d'irritation qui permet à la vessie de se
« vider relativement bien ; lorsque la pierre n'existe
« plus, la rétention incomplète augmente et parfois
« devient complète. » De plus, chez ces malades, la cystite est généralement intense, souventes fois même douloureuse ; l'association de ces trois facteurs, infection, douleur, hématurie, créerait à la lithotritie de telles difficultés que non seulement le chirurgien s'exposerait à un échec absolu, mais même à de grands dangers ; le malade aurait beaucoup à souffrir d'un traitement préparatoire ; il est donc urgent d'intervenir (Legueu).

La prostatectomie périnéale a le triple avantage de permettre l'extraction des calculs, d'extirper la prostate cause de tout le mal, et de drainer la vessie ; en outre elle supprime le bas-fond vésical et par là même prévient la récurrence dans une grande mesure. C'est pour ces raisons multiples que M. Albarran a opéré plusieurs prostatiques calculeux, avec plein succès du reste ; c'est aussi pour cela que MM. Legueu et

Bazy ont choisi la prostatectomie comme opération convenant le mieux à leurs malades (1).

Il ne resterait donc à la cystostomie sus-pubienne que les calculeux, très âgés, gravement infectés, profondément déchus et affaiblis, à lésions rénales (Obs. IX, X, XI, XXI, XXII, XXVII).

Cependant, en cas de calcul volumineux, la prostatectomie semble inférieure à l'extraction par la voie hypogastrique, qui donne plus de jour et plus de passage à une masse importante : on devra drainer la vessie consécutivement à la taille sus-pubienne, afin de guérir la cystite concomitante ; cette cystostomie, en quelque sorte secondaire, sera préférable pour cette raison à la cystorraphie vésicale immédiate et totale.

Enfin, la cystostomie paraît encore trouver son emploi, dans ces cas plus fréquents qu'on ne le croit peut-être où les probabilités sinon la certitude font croire à des concrétions prosphatiques (Obs. XVIII) peut-être enchatonnées de la vessie et coexistant avec les autres accidents du prostatisme. La voie sus-pubienne seule permet une exploration complète et facile de la cavité vésicale ; elle convient parfaitement à ce cas particulier.

Une dernière catégorie de malades comprend les prostatiques atteints de *cystite douloureuse* ; dans des cas de cystalgie atroce et rebelle, ce qu'il faut inciser, c'est le corps même de la vessie (Guyon). La prostatectomie est ici inférieure, et la cystostomie sus-pubienne garde tous ses droits (Obs. XXI). « Chez les uns, dit « Michon, on est en présence de phénomènes très

(1) LEGUEU : *Soc. de chir.* 11 Juin 1902, et *Ann. org. gén. urin.* 1902. — ALBARRAN, *loc. cit.* — Bazy, *loc. cit.*

« aigus que l'on ne peut arriver à calmer par les petits
« moyens. L'ouverture vésicale doit se faire pour
« apaiser d'urgence la douleur. C'est une opération
« palliative commandée par la pitié. Peu importe
« même l'état général du malade, et souvent l'opé-
« ration a été faite *in extremis* pour soulager les
« derniers moments des patients.

« Chez une autre catégorie de prostatiques, la
« cystite se laisse facilement améliorer, mais elle est
« désespérante par sa tendance à la récurrence.

« Les douleurs cesseront, mais la fistule perma-
« nente est souvent nécessaire pour éviter le retour
« des accidents. Beaucoup aiment mieux supporter
« ces infirmités que de souffrir. »

Cette fistulisation permanente de la vessie sera encore la seule ressource dans la plupart des cas de sclérose vésicale avancée, de grande sénilité, de lésions rénales doubles et graves, de cachexie profonde, ne paraissant pas devoir tirer grand bénéfice de la prostatectomie et ne permettant pas d'espérer le retour à la santé parfaite. Heureusement, ces cas sont l'exception ; le plus souvent, la cystostomie sus-pubienne ne sera que temporaire ; ce sera une opération imposée par la contrainte ou la prudence, mais que devra suivre, à bref délai, une prostatectomie périnéale, de préférence (Obs. XXV, XXVI, XXVII, XXVIII, XXIX). Ce procédé, en deux temps, fut mis en pratique par Clarke Bruce (1) qui, pour diminuer l'importance du traumatisme, et permettre à l'organisme affaibli et infecté de se remettre et de se remonter, pratiquait d'abord une

(1) CLARKE BRUCE : *Brit. Méd. J.* 1900. — Dans le n° du 4 Juillet 1903, de ce même journal, Clarke Bruce se défend d'avoir voulu, dans tous les cas, opérer en deux temps, comme on le lui a attribué à tort : sa pensée est que la « prostatectomy in Two stages », est surtout applicable à l'infection.

cystostomie sus-pubienne, et, plus tard, une prostatectomie secondaire. Non pas qu'on doive faire de la taille préalable, comme le veut Lilienthal (1), une règle générale applicable à tous les cas, mais il faut l'admettre comme convenant seule à certains cas particuliers, exceptionnels, comme le firent Woolseley, Socin, Audry, comme le conseille Adenot (2).

Cancer de la prostate.

L'application de la cystostomie au cancer de la prostate — aussi bien, du reste, que dans toutes les tumeurs malignes de la vessie et de l'urètre — peut se faire dans deux ordres bien différents de circonstances : alors que la tumeur est encore opérable, à titre de palliatif préliminaire et transitoire ; et, à titre de palliatif définitif, quand la néoplasie est inopérable et incurable.

A) — Les affections malignes de la prostate, à l'état de *tumeurs opérables* (sarcome, ou plus souvent épithéliome), sont, la plupart du temps, confondues avec une hypertrophie prostatique simple, dont elles présentent toute la symptomatologie. Les indications de la cystostomie sus-pubienne y sont celles que nous avons indiquées pour le prostatisme ; pratiquée contre des accidents graves, rétention aiguë, infection profonde, douleur atroce et tenace, hématuries profuses, avec état général mauvais et rebelles aux autres modes de traitement (Obs. XXX, XXXI, XXXII, XXXIII), la taille haute, suivie de drainage hypogastrique, doit être préférée à la prostatectomie périnéale totale.

(1) LILIENTHAL : *Medical Record*, 1902.

(2) WOOLSELEY et SOCIN, cités par VIOLETT, *Province Médicale*, 1902.
— AUDRY, de Toulouse : *Arch. prov. de Chir.*, 1902 — ADENOT, *ibid.*

Celle-ci est, en effet, l'opération de choix quand elle est possible (Oraison, Adenot) (*loc. cit.*) car elle permet l'extirpation de la prostate cancéreuse, amenant, par là même, la guérison radicale du malade. « Aujourd'hui que l'attention est attirée sur la fréquence du cancer prostatique limité, dit Oraison, celui-ci sera recherché avec plus de soin et, par suite, le diagnostic sera plus souvent fait et surtout plus précoce. Etant donné que nous possédons actuellement un procédé opératoire inoffensif, on n'interviendra plus dans les cas désespérés et l'on opérera plus volontiers, au contraire, le cancer au début. »

C'est pourquoi la prostatectomie totale devra suivre le plus tôt possible la cystostomie sus-pubienne, que l'urgence aura imposée dans les néoplasies prostatiques opérables.

B)—Mais il y a, et il y aura toujours, une proportion notable de *cancers diffus et inopérables* : Oraison, relevant à la consultation de M. Pousson les cancéreux prostatiques, en note seize cas, sur lesquels dix paraissaient cliniquement circonscrits et six diffus. Ce sont là des cas où la prostatectomie, ajoute Oraison, « n'aurait rien donné, si elle n'avait pas entraîné un désastre. Nous avons affaire ici à la forme diffuse sur laquelle M. Guyon a insisté. En dehors de l'impossibilité d'enlever tout le néoplasme, on aurait eu à craindre une hémorragie mortelle ou un coup de fouet amenant une généralisation rapide. Ce sont de ces formes auxquelles il convient d'appliquer l'axiome : *Non me tangere.* » A de tels malades peut donc seul convenir le traitement palliatif.

De même que nous venons d'exécuter le traitement curatif dans les néoplasmes diffus, dans la carcinomateuse prostatopelvienne de M. le professeur Guyon,

de même nous pouvons faire bonne part de la taille périnéale, pratiquée en 1882, par Wharton, en 1884, par Harrisson, Czerny : elle est assez généralement regardée comme une mauvaise opération, parce qu'elle suit une mauvaise voie : elle expose à de graves hémorragies opératoires, puisqu'il faut traverser le néoplasme ; elle favorise l'apparition de l'inflammation de la tumeur ; elle est une source d'irritations répétées ; la néoplasie est plus tard baignée par l'urine, d'où son activité, sa prolifération et sa généralisation. De plus, la miction n'est plus involontaire : il y a retour de la continence et réapparition des accidents (Poncet). Les seuls avantages sont de parer à la rétention et de permettre la désinfection de la vessie, ce que fait tout aussi bien la taille haute, sans présenter ces multiples inconvénients.

Le cathétérisme, lui aussi, sera parfois impossible (Obs. XXXIV) difficile et douloureux (Obs. XXXV) ou impuissant : témoins les exemples de Southam et de Guillemot qui cystostomisèrent en raison de l'impossibilité du cathétérisme ; celui de Segond qui tailla un malade chez qui les sondages étaient très douloureux et ceux de Thompson, de Legueu, dans lesquels la sonde à demeure n'était pas supportée. Témoins aussi les cas de Desnos, et de Jeannel où l'on cystostomisa pour faire cesser une cystalgie atroce ; témoin encore ceux de Delore où la taille fut dirigée contre des hématuries rebelles (1). Il est inutile de multiplier les exemples ; la phrase de Legueu reste toujours vraie : « avec le cathétérisme répété, c'est la « douleur, l'hémorragie ; avec la sonde à demeure,

(1) Voir : PONCET et DELORE : *loc. cit.* — LEGUEU : cité par Poncet — PAUL, *Thèse*, Lyon 1894 — HARN : *Thèse*, Lyon, 1899 — FAURE. *Th* Lyon, 1895 — JULLIEN *Thèse*, Paris, 1895.

« c'est la douleur encore opiniâtre et tenace, sans
« chance d'amélioration par l'usage. »

Dans le cancer de la prostate inopérable, la cystostomie sus-pubienne est la seule ressource : elle devra être précoce (Legueu, Poncet, Wenzel) si l'on veut que l'intervention ait une efficacité réelle et durable : il faut ouvrir la vessie « dès que la miction est gênée » et, ajoute Desnos, « une cystostomie précoce
« est de nature, non seulement à procurer un soulagement durable, mais encore à encourager la marche du cancer. On peut rapprocher ce résultat des
« phénomènes analogues dans d'autres régions,
« notamment du ralentissement de la marche du cancer du rectum, après la création d'un anus iliaque
« ou lombaire. » Effectivement, la cystostomie sus-pubienne paraît avoir prolongé les jours du malade dans certains cas : Desnos a obtenu des survies de deux ans et demi, trois ans et demi, et plus de quatre ans ; Guillemot a vu survivre son malade quatorze mois ; un opéré de Delore a pu vivre en paix pendant onze mois, et celui de notre observation XXXIII a survécu deux ans.

Enfin, avec M. Poncet, nous rapprochons du cancer de la prostate diffus, les *cancers du rectum*, la *carcinose intrapelvienne*, quel qu'en soit le point de départ, lorsque le néoplasme s'est propagé à la prostate et à la vessie, lorsqu'il s'accompagne de troubles fonctionnels urinaires, de mictions douloureuses. Ces malades sont assimilables aux prostatiques cancéreux ano-rectaux, avec vives douleurs du côté du rectum, épreintes, ténésme, envies fréquentes, accompagnés de troubles urinaires. Indépendamment des opérations qui devront être pratiquées contre les troubles rectaux (colotomie), on peut être conduit à faire la

cystostomie sus-pubienne comme le fit Poncet dans un cas (*Lyon médical. 1899.*)

Chez tous les cancéreux inopérables, la cystostomie temporaire sera très rarement suffisante : l'obstacle prostatique, loin de diminuer, augmente rapidement, accentuant sans cesse l'imperméabilité de l'urètre, cause de tout le mal : aussi le méat artificiel hypogastrique devra malheureusement trop souvent rester définitif.

Rétrécissements compliqués de l'urètre

Au premier abord, il semble que le traitement des rétrécissements compliqués de l'urètre soit aujourd'hui chose élucidée. Il subsiste néanmoins une certaine confusion dans les méthodes préconisées par les divers auteurs ; nous avons pu relever quelques contradictions qui nous ont décidé à entreprendre à nouveau leur étude.

A) — Il est une première question à se poser : la cystostomie doit-elle être appliquée aux *rétrécissements infranchissables* ?

Car, en dépit de l'opinion de James Syms (d'Edimbourg) qui prétend qu'où l'urine peut passer goutte à goutte, un instrument peut toujours être introduit, il est certain que nombreux sont les cas de rétrécissements, avec rétention aiguë, avec ou sans fausses routes, dans lesquels on ne peut franchir l'obstacle au cours des urines.

Lors donc que le chirurgien aura échoué dans le cathétérisme, il aura à choisir, dans la discussion de son intervention, entre la ponction hypogastrique, l'urétrotomie interne ou externe, et l'ouverture sus-pubienne de la vessie.

Sans rejeter d'une façon absolue la ponction hypogastrique, du moins chez les aseptiques, il faut bien reconnaître que c'est surtout en cas de rétrécissement qu'elle sera impuissante pour rendre à l'urètre sa perméabilité : aussi son emploi ne paraît pas être de grande utilité ici (Obs. XXXIX).

L'urétrotomie interne, dans le cas particulier, celle qui doit être pratiquée quand elle est possible, n'est pas praticable par suite de l'imperméabilité de l'urètre, qui empêche d'y faire pénétrer un conducteur d'un certain volume, condition indispensable pour l'exécution de cette opération.

Doit-on alors faire dans tous les cas une cystotomie avant de s'attaquer à l'urètre comme le conseillait (1) tout récemment M. Jonnesco de Bucarest? ou bien avec la majorité des chirurgiens, doit-on pratiquer l'urétrotomie externe sans conducteur (opération de Sédillot)? Sans doute, la cystostomie préalable par la dérivation des urines qu'elle engendre, favorise la cicatrisation urétrale et périnéale quand on intervient par la suite; et elle aide beaucoup à la recherche du bout postérieur dans l'urétrotomie externe. Mais vouloir ouvrir la vessie dans tous les cas, nous paraît une pratique bien excessive, et il semble utile de distinguer plusieurs ordres de faits.

Chez les aseptiques, on peut s'attaquer d'emblée à l'urètre sans cystostomie préliminaire, qui, de l'aveu de tous les auteurs et de Carlier (de Lille), en particulier (2), serait dans ce cas une opération surajoutée, superflue, qui ne s'impose pas. L'urétrotomie externe est ici l'opération de choix. Mais, au cours de cette

(1) JONNESCO : *Ass. fr. d'urol.*, oct. 1898.

(2) CARLIER : *Echo méd. du Nord*, 12 oct. 1902. — A. WEDENSKI : *Monatsber. für urol.*, 1901.

intervention, le bout postérieur de l'urètre peut être introuvable : mieux vaut alors faire le cathétérisme rétrograde (1) que de laisser le malade uriner par son périnée, en remettant à plus tard la recherche du bout postérieur : d'autant plus que cette dernière conduite ne mène pas toujours au succès, et que plus tard, il peut encore être indiqué d'ouvrir la vessie (Obs. XXXVI).

Mais, si le rétrécissement est d'origine traumatique et siège très haut, à la portion membraneuse de l'urètre, la découverte du bout postérieur présente de telles difficultés qu'il vaut mieux ne pas s'attarder à sa recherche et inciser d'emblée l'hypogastre (Obs. XXXVII) pour pratiquer le cathétérisme rétrograde (Legueu), comme le firent encore tout récemment Carlier et Bertin Williams (2).

Bref, le chirurgien a ouvert la vessie et pratiqué le cathétérisme rétrograde : doit-il suturer immédiatement la vessie dans sa totalité, et mettre une sonde à demeure dans l'urètre ? ou faut-il qu'il draine la vessie par l'hypogastre ? La première manière de faire est celle que l'on admet le plus volontiers aujourd'hui dans le cas que nous considérons, celui d'un rétréci aseptique. Cependant, pourquoi n'utiliserait-on pas, dans ce cas, le drainage sus-pubien pour favoriser la cicatrisation de l'urètre, que l'on aura ainsi mis à l'abri de tout contact avec l'urine ? « Si la sonde à demeure, dit « Carlier, répond souvent à ce desideratum, il arrive « par contre qu'elle est parfois mal tolérée par le canal,

(1) LEGUEU : *Ann. gen. urin.*, 1895, p. 304. — ESTOR : *Cathétérisme rétrograde*. Montpellier, 1895. — TEDENAT : *In thèse VIEU*. Montpellier, 1891. — DELEFOSSE : *Ann. org. gen. urin.*, 1889. — DUPLAY : *Arch. de méd.*, 1883. — MONOD : *Soc. de Chir.*, 1886, et *Thèse Paris*, 1888. — TROMBERT : *Thèse Paris*, 1900. — Forgue *loc. cit.*

(2) BERTIN WILLIAMS : *Polyclinique de Bruxelles*. Juillet 1902.

« ou qu'elle fonctionne d'une manière défectueuse.
« Il n'en faut pas davantage pour faire échouer
« l'opération et même pour exposer le malade à des
« complications plus ou moins graves. »

Suivant cet auteur, lorsque l'infection existe, mais légère, les conditions sont à peu près les mêmes que dans le cas du rétréci aseptique : « Ouvrir la vessie
« dans ces cas d'infection légère me semble encore
« une opération inutile, dit-il, car le risque que l'on a
« couru a été minime : on espérait une cicatrisation
« par première intention, on n'a eu qu'une réunion
« secondaire. » L'urétrotomie externe s'impose donc encore ici : le cathétérisme rétrograde y sera fait dans les mêmes conditions que dans le cas de rétrécissement infranchissable sans infection ; mais le drainage prévésical consécutif semble commandé par l'état infectieux de la vessie (Azéma, *Thèse de Paris*, 1894).

Si, au contraire, les accidents dus à l'infection étaient graves, et l'état du malade trop sérieux pour tenter une opération quelque peu compliquée et prolongée comme l'est parfois l'urétrotomie externe, la cystostomie semble s'imposer comme dans les cas de Rollet, de Munro, de Blagowjetschenski, comme le conseil-lent Poncet, Carlier, et tout récemment Wenzel (Obs. XXXIX et XL).

Enfin, l'urétrotomie externe est loin d'être toujours aussi simple qu'elle le paraît, ce qui la rend, dans certains cas, inférieure en chirurgie d'urgence. Aussi, chaque fois qu'il y aura à redouter quelque difficulté, comme dans les rétrécissements multiples (Obs.

(1) ROLLET : *In thèse POUILLAIN*, Lyon, 1894. — MUNRO : *J. Am. med. Ass.* 29 oct. 1902. — BLAGOWJETSCHENSKI : *Monatsberichte für urol. Berlin* : Bd. 7, 1902. — WENZEL : *Deutsch. med. Woch.* 26 mai 1903.

XXXVIII et XLI), et surtout si les conditions de milieu ne sont pas favorables (Obs. XLII), il faut recourir à la cystostomie sus-pubienne, quitte à travailler l'urètre plus tard dans de meilleures conditions. Parfois même, c'est au cystodrainage de Lejars qu'on sera forcé de faire appel.

Mais, en dehors de l'impossibilité de passer une sonde dans la vessie, il est d'autres complications qui peuvent aussi imposer la cystostomie.

B) — *L'infection* seule, par exemple, peut être, comme chez les prostatiques, une indication de cette opération. Sans doute, dans le cas d'urètre perméable, l'urétrotomie interne suivie du drainage par les voies naturelles, permet presque toujours de faire cesser les accidents infectieux; Langlois, Thibaudeau l'ont bien montré (1) et Albarran énonce ainsi les avantages de ce procédé : « Elle présente dans ces cas sur les opérations de dehors en dedans, les précieux avantages
« de la rapidité opératoire et de ne pas nécessiter
« l'anesthésie générale. Il ne faut pas oublier, en effet,
« que, très fréquemment, il coexiste avec les accidents
« infectieux généraux des lésions rénales plus ou
« moins sérieuses : or la chloroformisation ou l'éthérisation déterminent du côté des épithéliums rénaux
« des phénomènes de desquamation bien faits pour
« aggraver ces lésions ». Sans doute, disons-nous, l'urétrotomie interne, suivie de la mise d'une sonde urétrale à demeure, est l'opération de choix, chez les rétrécis infectés : mais à côté des avantages précédemment énumérés, elle a le grand inconvénient de nécessiter un outillage spécial que ne possèdent pas et ne peuvent posséder tous les praticiens. Entre leurs

(1) LANGLOIS : *loc. cit.* — THIBAudeau : *Thèse de Paris*, 1902.

main, elle a donc une valeur bien moindre, tandis que la cystostomie sus-pubienne, opération simple elle aussi, ne nécessitant pas non plus l'anesthésie générale, sera pour eux une arme puissante pour faire face à l'infection grave.

Celle-ci devra être pratiquée sans retard, sans trop se fier à la sonde à demeure, si cette dernière ne donne pas de suite l'amélioration désirée : sinon, en va à un échec presque certain, comme chez ce malade de Michon (Obs. XXIV de sa Thèse), chez lequel, en face d'une infection profonde et d'un grand affaiblissement, on laissa l'état général s'aggraver pendant 11 jours, avant d'opérer.

Mais même chez un rétréci à qui l'on a mis une sonde à demeure, il peut se faire qu'il se produise une urétrite avec suppuration urétrale exagérée, une prostatite, une inflammation périprostatique, une orchite suppurée; jointes aux lésions vésicales et à l'infection progressive qu'elles produisent, ces complications indiquent, sans retard, une cystostomie sus-pubienne : MM. Michon, Carlier ont cité des cas typiques de ce genre.

Ou bien encore, à la suite d'une urétrotomie interne, « lorsque la sonde à demeure, dit Albarran, n'a pu « être placée, ou lorsque, malgré la sonde, la fièvre « persiste, il faut surveiller de près le malade et se « trouver prêt, en cas d'accident grave, à pratiquer « l'urétrotomie externe ou la cystostomie », conduite que l'on tint sur le malade XXIII de la thèse de M. Michon.

C) — De même, dans les rétrécissements compliqués d'*infiltration d'urine*, de *tumeur urinaire*, de *phlegmon* de la verge et des bourses, de *gangrène* de ces parties et du périnée, la cystostomie sus-pubienne devient une

opération d'urgence. Car, si l'urétrotomie externe paraît encore préférable à certains chirurgiens. M. Albarran entre autres, « parce que tout en dérivant, comme « celle-ci, le cours de l'urine, elle a l'avantage d'agir « en même temps sur le rétrécissement », bien d'autres aiment mieux l'incision hypogastrique, disant avec Michon : « Quand il y a infection du périnée, « toute recherche prolongée au milieu de tissus « infectés pour trouver le bout postérieur d'un urètre, « devient dangereuse. » C'est la conduite que suivit avec succès M. Lejars, le premier en 1893, puis Rollet et Carlier en 1896, puis Parona, dans des cas de cette nature : c'est cette manière de faire qui amena la guérison d'un malade de Michon, chez lequel le rétrécissement avait provoqué l'apparition d'un phlegmon gangréneux du scrotum et de la verge ; c'est ce que conseillent également Wenzel, Carlier et Poncet : aux « débridements multiples classiques, dit ce dernier, « il peut être utile d'ajouter le débridement vésical « pour faire disparaître toute tension urinaire ; on s'occupe ultérieurement de la restauration du canal. »

D) — Il y a encore grand avantage à dériver le cours des urines par la voie hypogastrique dans le cas de rétrécissement urétral compliqué de *fistules urinaires rebelles* ; l'urgence n'en sera que plus grande encore si la vessie est enflammée, si les urines sont purulentes, si la sonde à demeure n'est pas supportée ou n'enraye pas les accidents, si la sténose n'est pas franchissable par la sonde. Certains chirurgiens ont encore pu rester partisans de l'urétrotomie externe dans ces cas : mais il semble préférable d'opter pour la cystostomie sus-pubienne qui améliore l'état local en favorisant la cicatrisation des fistules, et leur guérison, comme dans un cas tout récent de Blagowjets-

chenski, On sera quitte, du reste, si la cicatrisation des fistules ne se fait pas d'elle-même, à faire plus tard la réparation de l'urètre par le périnée. Cette manière de faire, généralement admise aujourd'hui, a donné de bons résultats (1) à ceux qui l'ont employée : Myles, de Dublin (1893), Rollet, Loumeau, Pousson, Parona, Mansell Moulin, Forgue, Tailhefer, Albarran, etc.

E)— Exceptionnellement, enfin, la cystostomie sus-pubienne sera pratiquée dans le but de soulager un rétréci, atteint de *cystite douloureuse rebelle*.

Hormis ce cas de cystite douloureuse, et celui de rétrécissement incurable, avec M. le professeur Poncet, il faut admettre que c'est toujours à la cystostomie sus-pubienne temporaire qu'il faut avoir recours dans les sténoses compliquées de l'urètre : l'opération doit être complétée, par la suite, par l'urétrotomie, interne de préférence, mais parfois par l'urérectomie et l'urétroplastie, suivant les cas particuliers.

Affections du Rein

Peut-il être utile, urgent même, d'instituer un traitement vésical dans certaines affections des voies urinaires supérieures ? Quelle doit être la part du drainage sus-pubien des urines dans ce traitement vésical ? Tel est le sujet de ce chapitre, dans lequel nous étudierons successivement : les *affections du rein pyogènes*, c'est-à-dire déversant du pus dans la vessie, les *affections hématuripares*, autrement dit, déversant du sang dans l'uretère et la vessie — enfin les *néphrites médicales*.

(1) Voir : MYLES, de Dublin : *Ac. roy. de Méd. d'Irlande*, 1893. — POUILLAIN : *Thèse Lyon*, 1894. — ALBARRAN : *loc. cit.*, p. 452 et 476. —

A) — L'action de la cystostomie hypogastrique dans l'**infection rénale** est bien connue : M. le professeur Guyon, MM. Poncet, Guyon de Nancy, Michon, ont, dans leurs travaux, parfaitement montré que cette opération peut, tantôt prévenir la pyélonéphrite, tantôt l'améliorer quand elle préexiste (1).

La cystostomie sus-pubienne a une action préventive sur les lésions d'infection rénale.

Dans les lésions descendantes, elle « permet, en « détournant le cours des urines, de prévenir les « lésions de néphrite descendante dont le point de « départ est toujours urétral. Sans action contre les « cas aigus où les lésions sont mortelles après un « accès, elle est, au contraire utile, lorsqu'on est en « présence d'une série de résorptions devenant de « plus en plus graves à mesure qu'elles se répètent. » Ainsi parle M. Michon, qui cite, à l'appui de son dire, un magnifique succès de M. Hartmann, dans un cas de ce genre. Ne peut-on penser, que la cystostomie, en décongestionnant le rein peut agir dans ces cas où l'on invoque le mécanisme de l'embolie bactérienne, embolie favorisée et préparée par une congestion rénale, suite d'élimination de toxines, ou de lésions des voies urinaires inférieures ?

Mais la pyélonéphrite descendante est plus rare que la variété ascendante. On sait combien souvent cette dernière prend naissance par l'intermédiaire d'une cystite ou de lésions vésicales : M. Tuffier (1) a pu faire remarquer quelque part que les lésions qui se compliquent le plus souvent d'infection de la vessie, pros-

(1) GUYON : *Th. de Nancy*, 1895-96. — MICHON, *Th. Paris*, 1896.

(1) VOIR TUFFIER : *Tr. de chir. de Duplay et Reclus*, VII, p. 225. — ALBARRAN, *Tr. de chir. de Le Dentu et Delbet*, VIII, p. 729. — GUYON et ALBARRAN : *Arch. de Méd. expérimentale*, 1897.

tatisme, rétrécissement urétral, calculose vésicale, néoplasmes, sont celles qui déterminent le plus fréquemment de la pyélonéphrite. « Les cystites particuliè-
« lièrement douloureuses, dit-il, s'accompagnant de
« contractions exagérées et incessantes du réservoir
« urinaire, y prédisposent tout particulièrement en
« dilatant l'uretère ou le bassinet et en faisant refluer
« l'urine refoulée dans ces conduits déjà dilatés. »

La rétention, elle aussi, n'a pas un rôle moins important dans la production de la pyélonéphrite ascendante. Ecoutons M. Albarran décrire la marche de l'envahissement infectieux dans la rétention. « La
« rétention aiguë d'urine dans la vessie, dit-il, déter-
« mine des lésions pyélorénales que nous avons
« étudiées expérimentalement, M. Guyon et moi; ces
« lésions consistent en des phénomènes congestifs qui
« peuvent aller jusqu'à l'hémorragie, et une desqua-
« mation épithéliale d'intensité variable, suivant le
« degré de la rétention. Lorsque la rétention d'urine
« se prolonge, les phénomènes congestifs d'abord
« limités à la vessie s'étendent aux uretères et aux
« reins. Toutes ces lésions rétrocedent lorsque la
« rétention cesse mais il est probable que, dans certains
« cas, surtout lorsque les accès de rétention se répètent,
« elles peuvent continuer à évoluer ou créer des con-
« ditions telles que le rein soit plus apte qu'un rein
« normal à réagir par des phénomènes de néphrite à
« l'élimination de certains poisons. . .

« Dans les rétentions chroniques d'urine, consécu-
« tives à une lésion de la vessie, de la prostate et de
« l'urètre, l'urine contenue dans la vessie empêche le
« libre écoulement du liquide qui descend du rein; il
« en résulte une accumulation de liquide dans les
« voies supérieures et la dilatation progressive des

« uretères, du bassin et des calices : le rein lui-même est atteint dans son fonctionnement normal, il subit le contre-coup de l'excès de pression intra-uretérale... Pendant longtemps ces lésions peuvent évoluer d'une façon aseptique, mais elles créent un terrain merveilleusement apte à l'infection. »

De la disparition de la rétention par l'ouverture vésicale, de la mise au repos de la vessie qu'elle procure par la suppression des contractions vésicales, de la possibilité d'une désinfection plus complète et plus directe de la cavité de l'organe, découle tout naturellement cette action préventive de la cystostomie sus-pubienne sur la pyélonéphrite ascendante. M. Michon a pu, il est vrai, mettre en doute cette action : « Mais cette action préventive existe-t-elle bien ? dit-il. Nous avons vu que la réinfection vésicale existe parfois ; et après les tailles pour cystites tuberculeuses, on observe, comme dans les cas où l'on n'est pas intervenu, des lésions ascendantes du rein. » Il faut bien se rendre à l'évidence ; mais on doit admettre que si l'infection du rein consécutive à la taille est possible, elle doit être exceptionnelle, puisque M. Lagoutte a toujours vu les urines de ses malades rester claires après la cystostomie.

Etant admise cette action préventive, il faut se demander quelles seront ses applications thérapeutiques. Il nous semble qu'elles doivent être bien restreintes aujourd'hui, puisque dans la grande majorité des cas, il faut considérer la cystostomie comme le premier temps d'un traitement que doit compléter une intervention radicale secondaire, qui, supprimant la cause de tout le mal, a, elle aussi, une action préventive des plus puissantes. La cystostomie sus-pubienne ne saurait donc prévenir les lésions ascen-

dantes du rein, que chez les malades, relevant du méat artificiel permanent, les incurables : prostatiques, cancéreux ou non, inopérables, néoplasiques, cystites rebelles, etc..

D'autre part, si les lésions d'uretéro-pyélo-néphrite existent déjà, l'incision vésicale agit sur elles, en permettant la sortie facile du pus contenu dans l'uretère, en modifiant la congestion rénale, supprimant ainsi les deux foyers principaux qui entretiennent l'infection.

Mac-Guire spécifie que beaucoup de ses opérés avaient de la pyélite et que ceux-ci se sont bien trouvés de la cystostomie : il est regrettable qu'il ne donne pas de détails plus précis. Watson, au Congrès de Médecine et de Chirurgie de 1894, voit aussi dans la cystostomie un bon moyen de traitement de la pyélonéphrite ascendante : dans 6 cas de prostatiques, âgés de plus de 60 ans et traités par cette opération, 4 fois pour infection aiguë et 2 fois pour infection chronique, il a noté une grande amélioration et la diminution tant de la polyurie que de la quantité de pus. Ces mêmes constatations ont été faites chez le prostatique de notre observation XIX; l'amélioration, malheureusement sans autre détail, est notée dans les observations XVIII et XXXII. M. Michon paraît avoir été moins heureux : une fois, la polyurie est restée identique; une seconde fois, après avoir été améliorée d'abord, la polyurie s'est accrue consécutivement; mais dans les deux cas, il y a eu amélioration générale.

« Il y a donc une influence manifeste du drainage de
« la vessie, non seulement sur la production des rétén-
« tions rénales, mais aussi sur leur évolution. Certes,
« les faits ne permettent pas d'admettre qu'elles gué-

« rissent fréquemment sans intervention, mais ils
« établissent sans conteste, que le sort du rein
« dépend de la bonne direction des soins donnés à
« la vessie. » Ainsi parlait M. le professeur Guyon (1),
après avoir rappelé l'exemple d'une femme à vessie
très douloureuse avec pyonéphrose double, chez
laquelle il fendit la cloison vésico-vaginale et dont
les deux reins se vidèrent et restèrent vides après
l'opération.

C'est donc vrai qu' « on draine le rein par l'ouverture de la vessie » (Guyon). La dérivation continue des urines est un moyen de drainage puissant, qui, faisant tomber la fièvre, mettant fin aux troubles généraux d'empoisonnement urinaire, troubles digestifs, délire, etc., et permettant quelquefois le retour des urines à leur état normal, sera une véritable soupe de sûreté des infectés rénaux (Obs. XLIII).

Dans certains cas particuliers, elle pourra agir en libérant les orifices des uretères, obstrués par une cause quelconque. Témoin cette opérée de M. Delore, malade atteinte de tumeur énorme de la vessie, avec pyélonéphrite suppurée droite; M. Delore a pu diminuer la collection rénale par une cystostomie suivie de curettage de la tumeur qui obturait l'uretère droit; depuis, le rein n'a pas augmenté de volume (*Communication par lettre*).

La pyélonéphrite, loin d'être une contre-indication de la taille hypogastrique, peut donc en être une urgente indication (Guyon de Nancy, Michon, Poncet, etc.) Mais il ne faut pas oublier qu'elle doit céder le pas au cathétérisme intermittent avec lavages vésicaux antiseptiques, et surtout au cathétérisme permanent,

(1) GUYON. *Ann. org. gén. urin.*, 1900, p. 1.

chaque fois qu'ils sont praticables. Car la sonde à demeure, puisqu'elle établit le drainage continu de la vessie, a une action puissante sur la pyélonéphrite, action sur laquelle M. le professeur Guyon (*loc. cit.*) est revenu à plusieurs reprises : « Sous l'influence de la sonde à demeure, dit-il, vous aurez vu le rein diminuer de volume. Chez les trois malades que vous venez d'observer, la diminution progressive du volume du rein a suivi l'application de la sonde à demeure et l'augmentation n'a pas reparu. La sonde à demeure amène-t-elle l'évacuation d'une rétention rénale, calme-t-elle une congestion du rein ? Nous n'avons pas à le déterminer en ce moment ; le seul fait à retenir, c'est que l'augmentation de volume du rein n'est pas une contre-indication à l'emploi de la sonde à demeure dans le traitement de l'infection urinaire. Je ne puis cependant pas ne pas rappeler que j'ai observé et cité plusieurs cas de rétentions rénales guéries définitivement sous la seule influence du traitement de la rétention vésicale. »

Ainsi, on ne peut s'empêcher de croire à l'utilité d'un traitement vésical dans certaines infections rénales, de même qu'un traitement intra-utérin guérit certaines salpingites ; on ne peut s'empêcher de croire à l'utilité de la cystostomie sus-pubienne pour suppléer la sonde à demeure, quand elle est impuissante (Obs. XX) ; ou la remplacer quand elle est inapplicable, quand son maintien doit durer trop longtemps (Obs. XLIII).

Le méat hypogastrique artificiel, établi dans ces conditions, sera temporaire ou permanent.

Puisque, en effet, il est formellement indiqué de traiter la cause de la rétention et de l'infection, hypertrophie prostatique, rétrécissement, calcul,

néoplasme, cystite, etc., la cystostomie est une excellente opération, du moins comme palliatif temporaire, pour permettre à l'infecté rénal, curable, de se remonter et de prendre des forces pour subir une opération radicale : toute prostatectomie, toute urétrotomie, toute cystectomie, etc., quelles qu'elles soient, engendrant un traumatisme plus sérieux que la simple incision de la vessie. Mais aux incurables, cancéreux prostatiques ou vésicaux, cystites, tuberculeux vésicaux, etc., le méat sus-pubien sera la seule, mais précieuse ressource, puisqu'elle peut sauver le malade et le préserver d'une intervention directe sur le rein (Obs. XIX et XXXII).

B) — Considérons maintenant les **malades dont le rein saigne** : quelle que soit la lésion anatomique de l'organe, cause de l'hématurie, celle-ci peut être assez abondante pour déverser dans la vessie une quantité de sang telle, qu'il se produit une coagulation en masse, dont les conséquences peuvent être, ou bien une rétention aiguë d'urine, ou bien une inflammation vésicale.

Un rein est écrasé, par exemple ; le chirurgien intervient d'urgence sur l'organe blessé. Il est des cas dans lesquels la néphrectomie s'impose comme le meilleur moyen de supprimer la source de l'hémorragie ; nous n'avons pas à discuter ici sa valeur comparée à celle de la néphrotomie ; il nous suffit de savoir qu'il est d'autres cas où le rein, restant bon en partie, semble permettre de prévoir qu'il sera de quelque utilité pour le blessé dans l'avenir ; en un mot, quand il y a quelques chances de le conserver, la néphrotomie, suivie ou non de néphrorraphie, suffit pour évacuer l'hématome et sauver l'organe :

Tout irait bien, si, avant cette intervention, quel-

quefois malgré elle, la néphrorragie n'avait pas rempli la vessie de caillots qui peuvent, ou provoquer la rétention d'urine ou devenir septiques s'ils ne sont pas évacués.

« Lorsque la rétention d'urine est due à des caillots, « dit M. Albarran (*loc. cit.*), on a conseillé la ponction « hypogastrique et même la taille. Je pense que ces « opérations ne sont pas utiles. Si la vessie contient « des caillots, il faut les aspirer, comme dans une « hémorragie vésicale ordinaire, en se servant de la « grosse sonde aspiratrice de la lithotritie et de « bonnes seringues ; ce moyen que Chopart recommandait déjà, est autrement efficace que la ponction « hypogastrique. »

Mais il n'y a pas de raison pour croire que l'aspiration des caillots abondants et denses soit toujours possible ; il faut bien ouvrir la vessie en pareil cas, pour vider le sang coagulé, faire la toilette vésicale et permettre à l'urine des deux reins de s'écouler librement ; l'hésitation n'est pas permise, car, suivant Tuffier : « La présence de caillots dans la vessie, entraînant la rétention par obstruction du col, est une « complication toujours sérieuse : cette rétention tire « toute son importance de ce fait que le traumatisme « rénal, en lui-même, donne lieu à de fréquents et « impérieux besoins d'uriner, et que le cathétérisme « immédiat, alors nécessaire, est trop souvent septique, d'où infection de la vessie, du rein et du foyer « de contusion. » Puis, l'infection peut gagner l'autre rein, ce qui est un accident d'une gravité toute particulière, comme dans le cas de Rowdon (1), le seul, il est vrai, où l'on ait été obligé d'ouvrir et de drainer la

(1) ROWDON : *Proceedings of the med. and. Surg. Soc.*, 22 mai 1883.

vessie, sur une statistique de 320 traumatismes rénaux, publiée par M. P. Delbet (1) ; il faut donc convenir que l'ouverture de la vessie, aussi bien pour caillots que pour infection, peut être nécessaire, mais d'une façon tout exceptionnelle.

On pourrait être tenté, du moins dans les cas où l'infection fait défaut, de préférer, une fois la cavité vésicale ouverte, la cystorraphie totale immédiate au drainage sus-pubien, et cela parce qu'on se reposerait sur l'action de la sonde à demeure mise dans l'urètre : mais on se souviendra que, malgré cette dernière, l'hémorragie est la plus grande difficulté à la réunion immédiate de la vessie. Du reste, pourquoi ne pas utiliser la dérivation des urines par la voie hypogastrique ? Ne peut-on espérer une action favorable de celle-ci, qui, par l'écoulement continu et régulier des urines qu'elle engendre, permet à la tension rénale de revenir à la normale, par la disparition de toute mise en tension de la vessie, cause puissante de congestion des voies urinaires supérieures ? Pendant cette mise au repos, la lésion rénale pourra s'améliorer, semble-t-il, puisqu'on aura ainsi supprimé l'effet de ce cercle vicieux qui débute par le rein, continue par la vessie, revient au rein, etc...

Donc, tout en reconnaissant que, dans les traumatismes rénaux, l'intervention doit tout d'abord et toujours être dirigée contre le rein lui-même, il faut admettre des cas, rares il est vrai, où il n'y aura pas à hésiter à tailler une vessie remplie de caillots, toutes les fois qu'il y aurait, de ce fait, une gêne de l'excrétion urétérale après échec des autres moyens d'évacuation vésicale, toutes les fois aussi que la présence de caillots semblables amènerait une inflamma-

(1) P. DELBET, *Ann. org. gén. urin.* 1901, p. 845.

tion vésicale capable de nuire à la réparation rénale.

De la sorte, il sera parfois permis de sauver le rein malade. C'est ainsi que sur quatre exemples de traumatisme rénaux, avec capsule du rein intacte et épanchement sanguin exclusivement intra-parenchymateux, M. le Dr Fournier, d'Amiens, n'a pu conserver le rein contus qu'une seule fois, celle où la cystostomie a été pratiquée (Obs. XLIV).

De même, dans les cas compliqués d'infection vésicale, en vertu de l'action du drainage de la vessie sur l'infection ascendante, on pourra encore, non seulement sauver le rein malade, mais surtout préserver le rein sain (Obs. XLIV).

Les mêmes indications peuvent se rencontrer dans toutes les *affections organiques des reins*, provoquant des hémorragies abondantes. Dans les tumeurs rénales, par exemple, les caillots peuvent s'accumuler dans la vessie, donnant alors existence à des douleurs de la miction (Albarran) ou provoquant un accès de rétention complète d'urine. Il en est de même dans la tuberculose rénale, comme le démontre le cas du Dr Lauwers (1).

Si dans les tumeurs du rein, la vessie étant presque toujours indemne, on peut songer à la suture totale et immédiate de la vessie après la taille pour hématome vésical, dans la tuberculose rénale au contraire, cette occasion sera plus rare, car très rares sont les cas où les reins tuberculeux ne sont pas atteints de pyélonéphrite et ceux où la vessie est intacte. L'on sait, en effet, combien les lésions de l'appareil urogénital sous-jacent sont fréquentes : Vignerón (2) a

(1) Docteur LAUWERS, *Soc. belge de chir.* 17 novembre 1900.

(2) VIGNERON : *Th.* Paris, 1892. — DONNADIEU : *Arch. chir.* de Bordeaux, 1892.

trouvé 12 fois la vessie tuberculeuse sur 23 cas de tuberculoses rénales, c'est-à-dire plus de la moitié, et Donnadieu a pu montrer que dans la moitié des néphrectomies malheureuses pour tuberculose du rein, la vessie était déjà envahie. Ce sont là autant de raisons qui diminuent de beaucoup, pour ne pas dire entièrement, l'argument de la cystorrhaphie immédiate.

Il faut considérer, du reste, que la tuberculose du rein, aussi bien que le cancer de cet organe, sont loin de toujours remplir les conditions requises pour une cure radicale; la néphrectomie peut être contre-indiquée par la bilatéralité des lésions et les lésions concomitantes.

C'est ainsi que la bilatéralité se rencontre dans plus de la moitié des fois, dans la tuberculose rénale (Tuffier). Le second rein peut aussi être atteint de pyélonéphrite ascendante, de dégénérescence amyloïde, de pyélite calculeuse, et quelquefois même de simples lésions de néphrite. « Il faut songer, dit Tuffier (1), à ces lésions non tuberculeuses qui augmentent considérablement le nombre des contre-indications opératoires. Plus la tuberculose rénale est ancienne, plus ces lésions tuberculeuses sont à craindre et sont à rechercher avant l'intervention. »

De même, dans les tumeurs du rein, la généralisation est chose fréquente; M. Tuffier n'a-t-il pas constaté cette dernière dans 50 % des cas au moment de l'opération? Or, l'intervention précoce est rarement possible, le rein ne trahissant ses lésions que trop tardivement.

Que faire à ces malades inopérables, quand les hématuries rebelles et abondantes, sont une cause d'anémie progressive et d'affaiblissement croissant?

(1) TUFFIER : *Tr. de chir.* de Duplay et Reclus, VIII, p. 302.

« Au mois d'août 1900, nous écrit M. Delore que nous consultions à ce sujet, j'ai failli pratiquer une taille hypogastrique chez un sujet atteint d'un cancer du rein droit, avec hémorragies profuses. La vessie remplie de caillots énormes était horriblement douloureuse, et la miction ne se faisait qu'avec des cathétérismes. Heureusement, la tumeur du rein était opérable et je pratiquai avec succès une néphrectomie. Si la tumeur n'était pas opérable, il ne faudrait pas hésiter, je crois, à pratiquer en pareille occurrence une cystostomie sus-pubienne. »

Essayer cette opération semble logique, dans ces circonstances désespérées, dans lesquelles le chirurgien semble désarmé. Il est permis de penser, qu'outre la possibilité de nettoyer la vessie, d'enlever le sang coagulé, de diminuer les douleurs vésicales, d'enrayer l'infection, il est permis de penser, disons-nous, qu'ici encore la dérivation continue des urines entraînant le repos parfait de l'appareil urinaire, peut avoir les meilleurs effets sur la lésion organique inopérable, tumeur ou tuberculose.

Enfin, il est d'autres hématuries, appartenant à une série d'affections qui se ressemblent de si près, que pendant longtemps on les a confondues; nous voulons parler des *hématuries essentielles, de l'hémophilie rénale et des néphrites hématuriques chroniques*, formant chacune un groupe autonome, aujourd'hui admis (1).

C'est un fait avéré qu'elles sont souvent rebelles au traitement médical, si bien que le traitement chirurgical s'impose. C'est la néphrotomie, voire même la néphrectomie, qui ont la faveur des chirurgiens

(1) Voir : ALBARRAN : *Ann. org. gen. urin.* 1898. — POUSSON, POIRIER *Soc. de chir.* 1898. — TEDENAT : *Cong. fr. de chir.* 1898. — MICHAUX : *Th.* Paris, 1900.

actuels; on fait ainsi cesser les douleurs et les hématuries. Mais il y a les insuccès, les récidives, les lésions bilatérales avec lesquelles il faut compter; et la néphrotomie double est loin de donner toujours de bons résultats.

Nous serions porté à essayer encore la cystostomie sus-pubienne sur de tels malades, n'ayant pas bénéficié d'une néphrotomie ou d'une néphrectomie. Qu'on lise, en effet, notre observation XLV, et comme nous, l'on ne pourra s'empêcher d'être frappé de l'action bienfaisante de la cystostomie, chez cet homme atteint d'hématuries rebelles et profuses, attribuées tout d'abord à la vessie, et reconnues imputables au rein par l'opération.

En cas d'obstruction de l'urètre par les caillots vésicaux, la cystostomie sus-pubienne, en faisant cesser la rétention, a un effet décongestif sur le rein, et par là même, peut arrêter les néphrorragies. De même, s'il est vrai que la gêne à l'excrétion urétérale est possible par le fait de l'accumulation des caillots, tant dans la vessie que dans les uretères, on peut admettre que le drainage sus-pubien, en libérant ces canaux, peut faire diminuer la tension rénale augmentée par la rétention; d'où la possibilité d'un pouvoir hémostatique de ce moyen thérapeutique. Et, dans les cas, enfin, où il faut rejeter l'hypothèse d'une obstruction uretrale ou urétérale, peut-être faut-il espérer quelque amélioration par un reflexe vésico-rénal, faisant cesser l'état congestif du rein: c'est ainsi qu'agit sans doute la cystostomie dans notre observation. Peut-être ce résultat n'est-il dû simplement qu'au repos imposé au rein.

Nous regrettons bien de n'avoir pas trouvé d'autres exemples pour établir notre étude sur des bases plus

solides ; le seul fait, peut-être incomplet, que nous possédons, ne suffit pas pour conclure, et pour nous autoriser à penser utiliser la cystostomie sus-pubienne avant toute intervention directe sur le rein, dans le groupe d'hématuries que nous venons d'étudier.

C) — Le traitement des **néphrites chroniques** va maintenant nous occuper. Purement médical pendant plus de 30 ans, il n'a guère fait de progrès, et le régime lacté, si utile cependant, n'avait été jusqu'en ces derniers temps qu'un pis-aller que l'on acceptait, faute de mieux. En 1896, Harrisson, portant à faux le diagnostic de suppuration ou de concrétions rénales, néphrotomisa un malade qui retira un grand bénéfice de l'opération au point de vue de l'albuminurie ; il proposa alors la ponction du rein ou la néphrotomie, au moins capsulaire, dans diverses lésions circonscrites du rein, dans quelques formes d'albuminuries. Dès lors, certains chirurgiens traitèrent les néphrites médicales par différentes opérations, raisonnées, celles-là (1), néphrotomie (Harrisson, Israël, Pousson), néphrectomie (de Keersmœcker, Pousson, Loumeau), néphropexie (Edebohls, Jaboulay, Claude et Balthazard), décortication du rein (Jaboulay, Edebohls).

Chacune de ces opérations visait un triple but : calmer les douleurs, arrêter les hémorragies, ramener la sécrétion urinaire à son état physiologique, lorsque la vitalité des épithéliums n'avait pas été irrémédiablement compromise. Pour atteindre ce but, les chirurgiens devaient s'attaquer à l'hypertension rénale : car c'est à elle qu'il faut rapporter les accidents des néphrites, en dépit de l'opinion de Mongour (2) qui la croit utile pour favoriser l'urination. En effet, les

(1) VOIR LÉPINE : *Sem. méd.*, 3 déc. 1902. — LE NOUËNE, *Th.* Paris, 1903.

(2) MONGOUR : *J. de Méd. de Bordeaux*, 9 fév. 1902.

remarques expérimentales et cliniques de MM. Guyon et Albarran, concernant l'influence de la mise en tension du rein et les bons effets de l'incision du parenchyme rénal sur la sécrétion en quantité et en qualité, prouvent bien qu'il faut attribuer les troubles de la sécrétion urinaire chez les brightiques, à un excès de tension rénale. De plus, celle-ci a été constatée *de visu* au cours de diverses opérations pour coliques néphrétiques, pour hématuries rénales, et pour néphrites : Albarran, de Keersmœcker, Potherat, Pousson, Kosteweg ont remarqué que le rein apparaissait tendu, tuméfié, de coloration rougeâtre, en un mot congestionné. De même, pour Israël, bon nombre de néphralgies, hématuriques ou non, doivent être rapportées à un processus de néphrite et dépendent de congestion ou d'hémorragies intra-rénales qui amènent une tension plus ou moins forte du parenchyme bridé par la capsule.

De ces constatations découlait donc l'indication d'une action directe sur le rein. De fait, il est incontestable que cette dernière, quelle qu'elle soit, a pour effet immédiat de faire disparaître la congestion œdémateuse qui joue le principal rôle dans les néphrites ; aussi les succès sont-ils plus marqués dans les cas aigus (Pousson, Israël, Max Jourdan, Robert, J. Weiss, Leguen, Albarran, Monod, Routier, Potherat, Wilms, etc.) ; tandis que dans les néphrites chroniques, qui nous intéressent surtout, les résultats semblent moins satisfaisants ; Pousson, pour ne citer que lui, pratiqua la néphrotomie huit fois, dont six cas chroniques ; il compte deux décès et n'a obtenu que quatre améliorations.

Qu'on lise maintenant notre observation XLVI, et l'on verra que, dans un cas de ce genre, l'améliora-

tion a été notable et durable (plus de 6 ans), à la suite, non plus d'une intervention directe sur le rein, mais après l'établissement d'une fistule vésicale hypogastrique ; celle-ci a eu pour effet immédiat de faire descendre le taux quotidien de l'albumine de 7 grammes à 2 ou 3 grammes, et de faire disparaître les troubles urémiques, dont la réapparition se produit quand la fistule vésicale tend à se fermer.

Quel peut être, dans le cas de néphrite chronique, le mécanisme d'action de la cystostomie ? Le champ des hypothèses est ouvert ; mais on peut supposer qu'en mettant au repos tout l'appareil urinaire, puisqu'elle supprime toute distension ou contraction vésicales, même physiologiques ; en faisant, par là même, disparaître toute mise en tension de la vessie, on peut supposer, disons-nous, que l'écoulement continu et permanent des urines, retentit sur les voies urinaires supérieures ; celles-ci, ont moins de travail à fournir ; la pression étant à 0 dans le bassinnet, l'urètre et la vessie, le passage de l'urine à travers les épithéliums du rein doit être plus facile, et, par conséquent, la circulation sanguine rénale plus homogène sans congestion du parenchyme.

Nous pourrions rappeler, à l'appui de cette hypothèse, les succès de la néphropexie dans les néphrites dues au rein mobile (Edebohls, Guiteras). Dans cette variété de néphrite, l'opération a vaincu l'obstruction urétérique, dont le résultat était la mise en tension de la partie de l'appareil urinaire située au-dessus de l'obstacle, et conséquemment, la stase de l'urine dans les canalicules du rein : toutes conditions favorisant la congestion rénale.

C'est probablement en supprimant toute stase urinaire et la congestion qui en découle, qu'agit la cys-

tostomie sus-pubienne dans notre observation XLVI. Ce seul fait ne nous permet pas d'être plus précis ; nous nous abstiendrons, par conséquent, de conclure sur la valeur de la cystostomie comme moyen de traitement des néphrites médicales chroniques ; il serait prématuré de vouloir dire dans quelle mesure elle peut éviter l'urémie, et, peut-être, amener une guérison.

Mais, nous ne pouvons nous empêcher de penser que, si la cystostomie hypogastrique doit être dans l'avenir moins souvent indiquée pour les affections de l'appareil urinaire inférieur, du moins en tant que fistulisation permanente de la vessie, elle est, au contraire, une voie nouvelle ouverte à l'expérience pour certaines affections rénales, les néphrorragies et les néphrites chroniques, réputées incurables.

III

OBSERVATIONS

Il serait trop long de reproduire ici toutes les observations, même résumées, de malades traités par la cystostomie sus-pubienne depuis la naissance de cette opération. De plus, du fait de la possibilité de faire intervenir dans certaines affections une opération radicale répondant elle-même à certaines indications d'urgence, beaucoup de ces observations ne paraissent plus avoir toute la valeur qu'elles possédaient il y a quelques années ; elles pourraient être jugées aujourd'hui inférieures à celles dans lesquelles on a pratiqué le traitement curatif.

C'est pourquoi nous nous sommes borné à n'en rapporter que quelques-unes des plus typiques et des plus récentes, en y adjoignant quelques cas inédits, contemporains des tendances à la chirurgie curatrice. Nous les citons simplement comme exemples de cas où l'on peut ou doit faire la cystostomie sus-pubienne.

OBSERVATION I

(Inédite. — Docteur V. PAUCHET)

Vieux prostatique aseptique : accès de rétention complète aiguë, fausse route, cathétérisme impraticable, cystostomie sus-pubienne d'urgence. Guérison.

X..., 80 ans, présente des phénomènes de prostatisme

nocturne depuis dix ans environ. Il y a deux jours, en août 1897, il est pris d'un accès de rétention complète aiguë, après un bon dîner. Le docteur de Valicourt, d'Amiens, qui le soigne ordinairement, pratique le cathétérisme : les urines sont claires : le malade n'a jamais présenté de signes d'infection.

Mais, le lendemain, se produit un nouvel accès de rétention ; le sondage est cette fois complètement impossible : les essais répétés que l'on en fait, bien que prudents, amènent la production d'une fausse route, dans laquelle vient s'engager la sonde à chaque tentative.

M. le docteur Pauchet est alors appelé : il échoue également dans le cathétérisme. Ce voyant, et vu le grand âge du malade, vu aussi le milieu dans lequel toute surveillance est difficile, il se contente de pratiquer une simple incision au-dessus du pubis, sans s'attarder à faire de ponction hypogastrique, et installe le drainage de la vessie par les tubes Guyon-Périer ; ceux-ci sont maintenus huit jours, après quoi le malade urine spontanément, et par le ventre et par l'urètre. La guérison se produit enfin, cinq semaines après l'opération, par la fermeture du méat sus-pubien.

Depuis, cet homme se sonde deux à trois fois par semaine, chaque fois que survient de la pollakiurie : le résidu vésical est toujours de 100 à 150 grammes d'urines claires ; l'opéré est maintenant âgé de 86 ans.

La prostatectomie ne lui a pas été proposée depuis malgré son état relativement bon, son grand âge imposant des réserves.

OBSERVATION II

(Inédite. — Docteur V. PAUCHET).

Prostatique aseptique, en état de rétention complète aiguë ; cathétérisme impossible, ponction ; cystostomie sus-pubienne d'urgence ; guérison.

X... est un malade de 72 ans, prostatique, qui, en 1897, est atteint subitement d'un accès de rétention complète aiguë.

Le docteur Gars, de Saint-Valery-sur-Somme, est ap-

pelé : ne pouvant pratiquer le cathétérisme, il fait une ponction sus-pubienne, grâce à laquelle le malade peut se rendre à Amiens.

Il voit M. le docteur Pauchet qui essaye de le sonder, mais qui échoue ; bien qu'ayant affaire à un malade aseptique, celui-ci lui paraissant fatigué, il pratique la taille hypogastrique d'emblée, suivie du drainage de la vessie.

Les suites opératoires sont fort simples et la fistule sus-pubienne se ferme spontanément, cinq semaines après l'opération.

Les renseignements ultérieurs permettent de penser que l'opéré est complètement guéri.

OBSERVATION III

(Inédite. — Docteur V. PAUCHET)

Prostatique aseptique en rétention complète aiguë ; cathétérisme impossible ; cystostomie sus-pubienne d'urgence à domicile Guérison.

X..., 77 ans, est un vieux prostatique qui se sonde lui-même, depuis cinq ans environ. Venu à Corbie (Somme), en 1898, pour fêter la première communion, il est pris, après avoir bien diné, d'un accès de rétention complète aiguë ; il essaye de se sonder lui-même et devant les difficultés qu'il éprouve, il frappe du talon de la main, pour la faire mieux entrer, la sonde rigide dont il se sert. Il appelle le docteur Frigaux, de Corbie, qui ne peut pas non plus faire pénétrer la sonde dans la vessie. Il n'y a pas de signes d'infection.

Il mande alors le docteur Pauchet, qui échoue également dans plusieurs tentatives de cathétérisme, même avec la sonde sur mandrin : force est donc d'intervenir.

Le malade est à bout : l'opération doit être pratiquée à domicile, la nuit. La cystostomie sus-pubienne semble ce qu'il y a de plus simple à faire : elle est pratiquée séance tenante.

La fistule fonctionne très bien pendant sept mois, l'opéré

n'ayant jamais pu uriner par l'urètre normal depuis l'opération : puis elle se ferme spontanément, pendant les vacances, ce qui nécessite une nouvelle opération, qui est pratiquée par le docteur Moulonguet, d'Amiens.

C'est un malade justiciable d'une prostatectomie secondaire.

OBSERVATION IV

(Inédite. — Docteur V. PAUCHET)

Vieilles prostatiques en rétention complète aiguë : fausses routes, cathétérisme impossible ; ponctions sus-pubiennes : fièvre. Cystostomie sus-pubienne d'urgence. — Mort deux mois après de congestion pulmonaire.

X..., 78 ans est un vieux prostatique, à passé urinaire assez garni : on y relève notamment trois accès de rétention aiguë, tous traités et guéris par le simple cathétérisme : il lui faut se sonder de temps en temps, et malgré tout, il n'a jamais présenté de signes d'infection.

Un nouvel accès de rétention complète aiguë se produit en 1902 : le cathétérisme est tenté par le docteur Hubert, d'Amiens : mais une fausse route se produit qui rend tout sondage impraticable : le docteur Hubert pratique une ponction hypogastrique. Le lendemain et le surlendemain le cathétérisme restant toujours impossible, on fait de nouvelles ponctions. Mais la fièvre apparaît.

M. le docteur Pauchet est mandé aussitôt : échouant aussi dans un essai de sondage, il pense d'abord à faire une prostatectomie périnéale totale : mais le sujet est affaibli, fébrile, sa langue est sèche, rôtie même ; autant de conditions qui semblent contre-indiquer la cure radicale d'emblée. Le docteur Pauchet se contente donc de pratiquer une cystostomie sus-pubienne.

Le méat sus-pubien fonctionne très bien pendant plusieurs jours. La fièvre persiste néanmoins, due probablement à l'apparition de deux orchites suppurées qui sont incisées : la température continue à rester élevée et cependant les urines restent toujours claires : c'est que le ma-

lade fait une double congestion pulmonaire qui l'emporte deux mois après l'opération.

Remarque. — Somme toute, ce malade a fait de l'infection uréthro-prostatique par fausse route : il semble permis de penser que, si la prostate avait été extirpée secondairement, pendant les quelques jours d'amélioration qui ont suivi la cystostomie sus-pubienne, la cause de l'infection eut été supprimée et du même coup, le malade eut été sauvé; réserves faites, cependant, sur les conséquences de la congestion pulmonaire, possible malgré tout.

OBSERVATION V

(Inédite. — Docteur C. FOURNIER)

Prostatique ancien inferté. — Rétention complète d'urine avec cathétérisme impossible. Pyélonéphrite. Etat général grave. Cystostomie sus-pubienne d'urgence. Mort.

B..., route d'Abbeville, Montières (Somme), vieillard de 67 ans : ancien prostatique, il se sonde depuis 10 ans et fait de temps à autre des poussées fébriles. Il présente une cystite très ancienne, et une pyélonéphrite suppurée, dont les lésions paraissent remonter très loin également. A plusieurs reprises, il a eu des périodes de collapsus, pendant lesquelles il a failli mourir.

C'est un artérioscléreux dont tout l'organisme est usé. Le 23 novembre 1900, le docteur Debary appela M. le docteur C. Fournier, pour un accès de rétention aiguë avec obstacle prostatique infranchissable, survenu brusquement chez B... M. Fournier constate qu'il est impossible de passer une sonde dans le canal.

L'état du malade est très mauvais : la fièvre existe depuis déjà quelque temps : la température est à 39°, le pouls est petit, irrégulier, difficile à compter.

La cystostomie sus-pubienne est pratiquée en désespoir de cause dans l'après-midi : et le malade meurt la nuit suivante, n'ayant pu retirer aucun bénéfice d'une opération pratiquée trop tard pour être utile.

OBSERVATION VI

(Inédite. — Docteur X. DELORE)

Hypertrophie de la prostate ; rétention aiguë d'urine avec cathétérisme impossible ; fausse route ; ponctions. Infection urinaire aiguë ; myocardite. Cystostomie sus-pubienne d'urgence. Guérison.

B. A..., 68 ans, de St-Just-d'Avray (Rhône) présente des accidents de la miction depuis 4 à 5 ans, attribuables à une hypertrophie de la prostate.

En janvier 1900, il est pris subitement d'un accès de rétention complète aiguë : le cathétérisme est impraticable par suite de l'existence de fausses routes : 6 jours le malade reste dans cet état : on lui fait, pour le soulager, deux ponctions à deux jours de distance. Elles n'ont eu, pour résultat que de laisser aggraver l'infection : le malade est, en effet, abattu et très affaibli : il est tourmenté par la soif. La température est à 37°5 seulement, mais il y a des signes manifestes de myocardite : le pouls est petit, très irrégulier, rapide (100 pulsations).

La prostate est énorme, et la vessie, très distendue, remonte au-dessus de l'ombilic.

Le 3 janvier 1900, aussitôt son entrée à l'hôpital, — dans l'état général précédent, et avec un obstacle toujours infranchissable — M. Delore pratique la cystostomie sus-pubienne d'urgence, qui est tout ce que l'on peut faire pour lui. Au cours de l'opération, les veines vésicales paraissent fortement dilatées ; les urines sont fort troubles.

Les signes de myocardite persistent pendant quatre jours encore après l'opération : puis, peu à peu, le cœur se régularise : l'appétit revient : les urines s'éclaircissent. La guérison paraissant complète le 21 janvier 1900, l'opéré quittait l'hôpital, porteur d'un appareil Souel pour recueillir ses urines.

Ce malade a été perdu de vue depuis : mais il semble un cas bien justiciable d'une prostatectomie secondaire, qui permettrait la fermeture de son urètre artificiel.

OBSERVATION VII

(Inédite. — Docteur X. DELORE).

Hypertrophie de la prostate : Rétention complète aiguë d'urine avec cathétérisme impossible ; ponction sus-pubienne ayant provoqué un phlegmon précésical ; infection aiguë avec état général grave. Cystostomie sus-pubienne d'urgence. Mort.

X..., 71 ans, de Virieu (Isère).

Ce vieillard est un ancien prostatique, ayant déjà été atteint à plusieurs reprises d'accès de rétention, levés par la sonde.

Il entre à la clinique du professeur Poncet de Lyon, en 1899, avec un état général mauvais, dû à une infection aiguë d'origine prostatique, aggravé par une ponction sus-pubienne (faite pour impossibilité du cathétérisme au cours d'un accès de rétention aiguë) qui a provoqué l'apparition d'un phlegmon prévésical. La fièvre est intense, la langue grillée : il y a de l'œdème des bourses.

Aussitôt son entrée, le 28 juin 1899, la cystostomie sus-pubienne est pratiquée : le péritoine et le fascia sont confondus avec le pubis en raison d'une infiltration urinaire sous-péritonéale, développée autour du trajet du trocart qui a servi à faire la ponction : les parois vésicales sont épaisses de 2 cm. 5 ; la vessie est remplie de pus et de caillots putréfiés anciens ; la plaie est laissée largement ouverte, comme après l'ouverture d'un phlegmon.

Le patient mourait dans le délire, le 3 juillet.

A l'autopsie (relatée à la Société des Sciences médicales de Lyon, en juillet 1899), on put constater un phlegmon périvésical suppuré très étendu, et une néphrite rayonnée ascendante des deux reins, ayant entraîné la mort.

OBSERVATION VIII

(Inédite. — Docteur X. DELORE).

Vieux prostatique ; rétention d'urine aiguë avec cathétérisme impossible ; infection urinaire grave. Cystostomie sus-pubienne d'urgence. Guérison.

A. C..., 80 ans, de Savigny (Rhône) éprouvait, depuis

6 ans environ, des difficultés pour uriner, imputables à une hypertrophie de la prostate; à plusieurs reprises, il avait eu des crises de rétention aiguë, dans lesquelles le malade avait toujours pu se sonder lui-même malgré un hypospadias qui gêne la manœuvre.

Le 8 juillet 1899, il est pris brusquement de rétention complète; lui-même et un médecin font des essais de cathétérisme qui restent infructueux. Il reste deux jours dans cet état, cependant que l'état général devient progressivement plus mauvais; l'infection urinaire est grave, la langue est grillée, la température est à 38°5.

Vu l'impossibilité persistante du cathétérisme, la cystostomie sus pubienne est pratiquée d'urgence le 10 juillet. La vessie, très dilatée, contient beaucoup de pus dans le bas-fond: la prostate est énorme, et présente un lobe moyen sessile, assez développé et proéminent au-dessus d'un bas-fond vésical, profond au moins de 10 cm. L'état du sujet ne paraît pas permettre d'en faire l'excision.

Les suites opératoires sont fort simples: l'opéré se lève le 20 juillet, et le 28, il quitte l'Hôtel-Dieu avec un appareil de Souel.

N'était son grand âge, ce serait un malade à prostatectomiser. Il a été perdu de vue depuis.

OBSERVATION IX

(Inédite. — Docteur V. PAUCHET).

Vieux prostatique calculeux, en rétention d'urine complète aiguë, avec cathétérisme impossible. Cystostomie sus-pubienne d'urgence; huit jours après, taille périnéale pour calculs de l'urètre prostatique. Mort 4 mois après.

X... est un vieillard de 82 ans, sec et très résistant, du moins en apparence; il présente une prostate énorme, qui, après quelques troubles d'infection antérieure, sans gravité, amène, en 1900, un accès de rétention complète d'urine. Son médecin, le docteur Boubert, de Montières (Somme), tente plusieurs sondages qui restent sans succès.

M. le docteur Pauchet échoue de même; vu le grand âge du malade, il pratique d'urgence la simple cystos-

tomie, sans suture vésico-cutanée, qui lui permet d'enlever de la vessie plusieurs calculs, méconnus avant l'opération.

Huit jours après, afin d'enlever des calculs logés dans l'urètre prostatique, la taille périnéale est pratiquée, par laquelle on extrait trois pierres; l'opération se borne à une simple prostatotomie.

Tandis que la plaie périnéale se referme, l'opéré continue d'uriner par la fistule sus-pubienne; mais, quatre mois après l'opération, la mort survient, par suite des progrès de la cachexie urinaire.

Remarque. — Ce malade, malgré son grand âge, était un cas superbe de prostatectomie périnéale totale secondaire; si cette opération avait été faite au cours de la taille périnéale, il est vraisemblable qu'elle aurait sauvé le malade.

OBSERVATION X

(Personnelle. — Prise dans le service du docteur PAUCHET)

Jeune prostatique en rétention aiguë; calculeux; cathétérisme impossible, suite de fausse route. Cystostomie sus-pubienne d'urgence après rachicocainisation. Mort six semaines après.

X... est un jeune prostatique de 54 ans. En 1900, sur l'avis du docteur Peaucellier, d'Amiens, il vient consulter M. le docteur Pauchet, pour pollakiurie. C'est un malade, profondément emphysémateux, cardiaque, présentant une prostate très hypertrophiée, et, dans la vessie, des calculs que le cystoscope fait reconnaître. La lithotritie est conseillée, mais refusée par le malade, qui prétend qu'on ne saurait jamais l'endormir.

Trois mois plus tard, un accès de rétention complète aiguë l'amène au pavillon Duvauchel (Hospice des Incurables d'Amiens). Son état général est alors lamentable; sa face est cyanosée, ses membres inférieurs œdématiés. Le cathétérisme reste infructueux après plusieurs essais; M. Pauchet pratique une ponction hypogastrique qui rend bien vite le sondage possible; une sonde béquille est laissée à demeure dans l'urètre, et l'état du malade s'améliore bien vite. Il quitte l'hôpital.

Mais, huit jours plus tard, il revient atteint d'un nouvel accès de rétention complète. Plusieurs essais de cathétérisme ont créé des fausses routes ; l'obstacle étant infranchissable, et l'état du malade bien mauvais, M. Pauchet pratique la taille hypogastrique, qui est faite après rachicocaïnisation, l'emphysème rendant impossible tout moyen d'anesthésie générale ; l'opération est facile et sans douleur ; elle permet de retirer de la vessie deux calculs phosphatiques.

Mais l'infection chronique — sans doute d'origine uréthro-prostatique, suite de fausse route — continue sa marche progressive et le malade meurt six semaines seulement après l'opération.

OBSERVATION XI

(Inédite. — Docteur V. PAUCHET)

*Prostatique calculé, en rétention complète aiguë : sonde à demeure : urétrite. Cystostomie sus-pubienne d'urgence.
— Guérison.*

X..., est un malade du docteur Verrière, d'Abbeville qui fut autrefois urétrotomisé par un confrère, soi disant pour rétrécissement ; mais en réalité, ce devait être un simple spasme de l'urètre, causé par la présence de calculs vésicaux. En effet, aucune cause de sténose urétrale (blennorragie, traumatisme, etc.), ne pouvait être relevée dans le passé de ce malade ; seule, la prostate est hypertrophiée.

M. le docteur Pauchet est consulté pour des accidents urinaires. Reconnaisant des calculs vésicaux au moyen du cystoscope, il propose la lithotritie, que le malade refuse à cause de la moisson qui est proche.

Quelques semaines après, le spasme reprend, mais plus intense, cette fois, puisqu'il amène une rétention d'urine complète. Le malade se sonde lui-même avec une sonde de Nélaton, trempée dans le sublimé ; il la laisse à demeure. Bientôt, apparaît une urétrite grave et douloureuse, avec œdème de la verge. Forcé d'enlever la sonde, qu'il ne peut supporter, le malade est repris de rétention complète d'urine.

C'est dans cet état qu'il est amené à Amiens, à la clinique de M. Pauchet; considérant l'impossibilité du sondage, l'inflammation urétrale et péri-urétrale, l'infection vésicale et la présence de calculs dans la vessie, M. Pauchet propose la taille hypogastrique qui est acceptée et pratiquée immédiatement; elle permet d'enlever trois calculs du volume d'une grosse noisette; une sonde de Malécot est laissée dans la plaie vésicale.

Après quinze jours, quand la verge a repris son état normal, la sonde sus-pubienne est retirée; un mois après, le malade urine en totalité par la verge: la guérison est complète.

OBSERVATION XII

(Inédite. — Docteur V. PAUCHET)

Prostatique en rétention complète aiguë; sonde à demeure qui se casse dans l'urètre. Cystostomie sus-pubienne d'urgence. Guérison.

X., 70 ans, est pris au mois de juillet 1903 d'un accès de rétention complète aiguë. M. Trouvain, de Pierrepont (Somme) qui est appelé, pratique le cathétérisme et laisse une sonde béquille à demeure. Celle-ci se casse dans l'urètre, sous l'influence d'une cause inconnue, le malade ne donnant aucune explication à ce sujet. Le médecin refoule le bout postérieur dans la vessie, espérant que le malade urinerait quand même, mais avec l'intention de faire intervenir un chirurgien pour enlever ce corps étranger de la vessie.

La rétention complète persiste.

M. le docteur Pauchet est appelé. Il pratique la taille sus-pubienne, enlève le morceau de sonde et laisse le drainage hypogastrique.

Quinze jours après l'opéré se lève; un mois après, la cicatrisation de la fistule sus-pubienne est complète.

La prostatectomie périnéale totale a été proposée secondairement, mais refusée.

OBSERVATION XIII

(Personnelle, prise dans le service du docteur PACCHET)

Jeune prostatique, en rétention complète aiguë; sonde à demeure qui se casse dans l'urètre. Cystostomie sus-pubienne d'urgence. Guérison.

X., boulanger, 55 ans, est un malade du docteur Raviart, de Dury (Somme). En 1903, il vient consulter M. le docteur Pauchet, sur l'avis de son médecin, parce qu'il ne peut pas uriner, et que ce dernier n'a pas pu le sonder. M. Pauchet parvient à mener jusque dans la vessie une sonde qu'il laisse à demeure dans l'urètre. Le malade rentré ainsi chez lui; mais en allant sur la chaise percée, il casse sa sonde dont un bout reste dans l'urètre. Il est alors envoyé au pavillon Duvauchel (Hospice des Incurables d'Amiens).

M. Pauchet pratique la taille haute : le corps étranger ainsi qu'un calcul sont retirés de la vessie, qu'on draine par l'hypogastre.

Suites opératoires fort simples : la fistule sus-pubienne s'est fermée quelque temps après, mais grâce à la pose d'une sonde urétrale à demeure. Le malade continue à se sonder lui-même.

Très jeune, il refuse la prostatectomie parce qu'il sait qu'elle pourrait diminuer ses qualités génitales.

OBSERVATION XIV

(Inédite. — Docteur C. FOURNIER)

Hypertrophie de la prostate; rétention d'urine incomplète avec cathétérisme difficile; sonde à demeure; cystostomie sus-pubienne suivie de guérison. Orchite suppurée droite tardive; castration unilatérale. Mort de congestion pulmonaire.

M. M..., de Villers-Bretonneux (Somme), âgé de 78 ans. Soigné par M. Sorel depuis 15 jours pour une rétention d'urine incomplète; il est de plus en plus difficile de sonder le malade.

Le 7 octobre 1901, M. le docteur Fournier, qui est consulté, lui fait une ponction hypogastrique. A la suite de

cette ponction, ce n'est encore qu'avec de grandes difficultés que les sondes peuvent franchir l'obstacle prostatique; et cela parce que les essais de cathétérisme antérieur ont créé des fausses routes, dans lesquelles s'engage l'instrument.

Pour cette raison, une sonde est laissée à demeure dans l'urètre; mais le 11 octobre, l'infection semble faire son apparition, il se produit un premier cas de fièvre, suivi d'autres poussées de température jusqu'au 19 octobre; malgré les soins, malgré le cathétérisme permanent qui fonctionne cependant bien, l'infection persiste en s'aggravant, et la faiblesse s'accroît.

Le 19 octobre 1901, avec MM. Sorel et Legrand, la cystostomie sus-pubienne est faite par le docteur Fournier à sa clinique. Les suites opératoires sont des plus simples; l'amélioration est immédiate; si bien que la guérison semble presque complète le 1^{er} novembre. Il y a tout lieu de penser qu'il n'y a plus qu'à attendre la fermeture de la fistule hypogastrique.

Mais le 4 novembre, se produit une hyperthermie nouvelle, due à l'apparition d'une orchite suppurée droite; le pus envahit tout le scrotum de ce côté; les accidents deviennent menaçants, et l'ablation du testicule droit est faite le 7 novembre.

Nouvelle amélioration immédiate.

Malheureusement, la pyélonéphrite suppurée apparaît, et fait des progrès rapides; et le malade succombe le 13 novembre, des suites d'une congestion pulmonaire torpide.

OBSERVATION XV

(Inédite. — Docteur V. PAUCHET)

Vieilles prostatiques en rétention aiguë: cystostomie sus-pubienne d'urgence imposée par le milieu. Mort 2 mois 1/2 après.

X., vieillard de 80 ans, est atteint à la fin de 1898 d'un accès de rétention aiguë d'urine. M. le Dr Dassonville, d'Albert (Somme), qui le voit, constate une hypertrophie marquée de la prostate et une distension énorme de la vessie; il essaie en vain de sonder le malade.

M. le Dr Pauchet est appelé : il réussit le cathétérisme, mais rejette la mise à demeure d'une sonde dans l'urètre, à cause du milieu dans lequel se trouve le malade : toute surveillance est impossible, le malade étant complètement isolé à la campagne. Ce même milieu, l'état du malade et son âge commandent une intervention simple : aussi M. Pauchet se contente de faire uniquement une boutonnière vésicale sus-pubienne, suivie du drainage de la vessie.

L'amélioration ne se fait pas attendre : mais elle est toute momentanée : la mort survient après deux mois et demie.

Remarque.— Si les bons résultats de la prostatectomie avaient été connus en 1898, M. Pauchet n'aurait pas hésité à faire à ce malade une prostatectomie secondaire, au cours de l'amélioration consécutive à la taille ; et cela malgré le grand âge du malade.

OBSERVATION XVI

(Inédite. — Docteur X. DELORE)

Hypertrophie de la prostate ; rétention d'urine aiguë et cystite aiguë douloureuse : infection grave, subdelirium, fièvre. Cystostomie sus-pubienne d'urgence. Guérison.

P..., 71 ans, employé à la Préfecture de Lyon, entre le 12 Février 1900, à la clinique de M. le professeur Poncet.

Le malade présente des troubles de la miction depuis trois ans ; fréquence nocturne, mais les urines sont restées claires ; il ne s'est jamais sondé. Il y a trois ans environ, il est atteint de rétention brusque d'urine, ayant cédé à de grands bains chauds. Le 2 février 1900, se produit un nouvel accès de rétention complète, après un excès de boisson : depuis 9 jours, il n'a pu uriner que par regorgement.

Le 12, à son entrée à l'hôpital, la vessie est fortement distendue et remonte à deux travers de doigt au-dessus de l'ombilic : la prostate est hypertrophiée. Le cathétérisme réussit fort bien, mais la température est à 38° 5 le soir.

Le lendemain, 13, on constate une atonie vésicale com-

plète ; par le cathétérisme, on retire, en deux fois, 4 à 5 litres d'urine : l'état a jusque-là été satisfaisant. Mais la nuit suivante est agitée : le lendemain matin, la langue est rôtie, le malade est dans le subdélirium, les urines deviennent troubles et la température est à 39°. — Du 14 au 18, des sondages réguliers sont faits et cependant la vessie reste distendue ; chaque cathétérisme est la cause de violentes douleurs ; dans l'intervalle, le malade souffre continuellement par suite de cystite aiguë. La fièvre persiste, le subdélirium est intermittent, la langue est grillée. La sonde à demeure, alors même qu'on voudrait la placer, ne serait pas tolérée ; aussi, fait-on la cystostomie sus-pubienne d'emblée ; il n'y pas a de calculs dans la vessie, ni de lobe prostatique moyen derrière le col ; la prostate est au niveau du plancher vésical.

Le 1^{er} mars, le malade sort de l'Hôtel-Dieu : les suites opératoires ont été fort simples, il n'y a jamais eu de température.

Le malade est revu le 10 Janvier 1903 ; il se porte bien ; son méat hypogastrique s'était oblitéré quarante jours après l'opération. La miction spontanée s'est rétablie intégralement, sans aucun trouble urinaire appréciable.

OBSERVATION XVII

(Inédite. — Docteur X. DELORE) :

Jeune prostatique ; rétention aiguë d'urine ; cathétérisme difficile ; fièvre. Cystostomie sus-pubienne d'urgence. Guérison.

X..., 53 ans, fait remonter à six ans ses premiers accidents urinaires, besoins fréquents d'uriner, etc., dus à une hypertrophie de la prostate. En septembre 1901, il est atteint d'un accès brusque de rétention complète d'urine : le cathétérisme est praticable, mais pendant les 8 premiers jours, il provoque des accès de fièvre.

Le 8 septembre, il entre à la clinique du Professeur Poncet ; son état est toujours le même ; malgré les sondages répétés, la vessie reste dilatée ; l'incontinence par

regorgement existe entre les cathétérismes, qui sont devenus difficiles.

La cystostomie sus-pubienne est pratiquée le 16, dans le but de modifier cet état. Pas de fils vésico-cutanés ; on met un drain dans la vessie.

Le 20 octobre, la guérison était complète, le méat complètement et spontanément oblitéré. Sortie de l'hôpital.

OBSERVATION XVIII

(Inédite. — Docteur C. FOURNIER)

Hypertrophie prostatique ; cystite purulente, infection aiguë, polyurie ; coma. Cystostomie d'urgence. Guérison.

Cette observation concerne un prostatique parvenu à un état de déchéance tel, qu'il était impossible de songer à autre chose qu'à essayer, le plus vite possible, de faciliter l'écoulement continu des urines, quitte à enlever la prostate plus tard.

M. D..., 67 ans, habitant l'Oise, souffrait depuis deux ans d'accidents prostatiques avec leur cortège habituel ; il se sondait depuis un an. Il y a 6 mois, quelques accès de rétention, suivis de l'apparition d'une cystite purulente. Lavages qui améliorent la situation.

Le malade se rend à Paris, où il voit un docteur, qui lui fait une séance d'électrolyse. Alors, il rentre chez lui en proie à la fièvre (38° et 39°). Le Dr Boufflers, de Crèvecœur, (Oise) le voit et le soigne ; il lui fait de nouveaux lavages de la vessie : les urines restent très purulentes ; la fièvre d'abord intermittente tend à devenir continue. Il y a des douleurs lombaires, de la polyurie, un pouls rapide, un amaigrissement progressif. Mais le malade déclare, que tant qu'il aura sa raison, on ne le touchera pas, que les lavages suffisent et qu'il veut mourir sans une nouvelle opération. Il faut bien s'y conformer, car il n'y a pas de famille autour de lui pour le convaincre de la nécessité d'employer d'autres moyens.

Pendant un mois, ce malade est resté fébricitant, subdélirant, jusqu'au jour où je l'ai vu, le 19 avril 1902. Alors il y avait de la fièvre, le pouls était à 120, irrégulier et

petit ; délire ; langue encore humide cependant : un véritable état comateux. La vessie contenait tellement de pus et un pus si épais, qu'il ne pouvait sortir ni par le canal, ni par la sonde.

Il nous a semblé, à mon confrère et à moi, que nous ne pouvions pas laisser ce malade mourir sans essayer quelque chose en sa faveur, et nous avons pratiqué d'urgence une cystostomie sus-pubienne, sans grand espoir de succès. Le bas-fond de la vessie était plein d'un pus épais et rempli de dépôts phosphatiques ; c'était un bourbier, après l'avoir nettoyé, je laissai la vessie largement ouverte.

En deux ou trois jours la fièvre disparut ; les urines devinrent suffisamment abondantes et la guérison fut très rapide.

Aujourd'hui (1903) le malade porte encore sa fistule hypogastrique et un appareil recueille ses urines. Il ne veut pas entendre parler de la prostatectomie, qui pourrait être pratiquée avec avantage.

OBSERVATION XIX

(Inédite. — Docteur X. DELORE).

Hypertrophie de la prostate ; rétention et infection urinaires chroniques ; pyélonéphrite double et grave ; cathétérisme difficile. Cystostomie sus-pubienne. Guérison.

A.P..., 72 ans, de Valence (Drôme), est sujet à des accidents de rétention et d'infection urinaires chroniques depuis cinq ans ; depuis, il est obligé de se soumettre aux cathétérismes qui sont d'ordinaire relativement simples. Mais depuis 25 jours, ils sont devenus plus difficiles, et l'état général est devenu mauvais.

A son entrée à l'hôpital, en juillet 1899, on constate que la prostate du malade est hypertrophiée en masse ; il y a de l'infection urinaire, les urines sont troubles ; il existe de plus de la rétention incomplète. Enfin, on note des signes manifestes de pyélonéphrite ; les reins sont sentis au palper, ils sont douloureux ; l'œdème des membres inférieurs est notable : la langue est sale et sèche ; il y a de la fièvre (39°).

Le cathétérisme est possible, mais difficile.

L'état du malade réclame une intervention urgente. On

pratique la cystostomie sus-pubienne le 20 juillet 1899. La vessie est dilatée, les urines sont sales, le col vésical ne fait aucune saillie au-dessus du plancher de la vessie, dont le bas-fond atteint à peine 3 à 4 cm. de profondeur; il s'agit plutôt d'un cas d'atonie vésicale.

Les suites opératoires sont simples; et le malade quittait l'Hôtel-Dieu le 3 août, dans un état excellent. Les urines sont restées un peu troubles, mais moins abondantes cependant; elles sont recueillies par un appareil de Souel.

OBSERVATION XX

(Inédite. — Docteur C. FOURNIER).

Hypertrophie de la prostate. Rétention et infection chroniques; pyélonéphrite. Sonde à demeure mal supportée. Cystostomie sus-pubienne. Guérison.

Il s'agit d'un vieux prostatique de 72 ans, chez lequel, en raison d'accidents anciens d'infection urinaire, le Dr Boye de Grandvillers (Somme) a fait des lavages de la vessie, et finalement placé une sonde à demeure. Le malade présente, malgré tout, une fièvre continue, due à de la pyélonéphrite avancée, et à la cystite ancienne dont il est atteint.

Le Dr Fournier le voit le 3 août 1900, et estime que le sondage étant facile, la sonde à demeure doit être maintenue et pourra être supportée. Jusqu'alors, le malade, très indocile, a toujours retiré sa sonde au bout de deux heures, en affirmant qu'il ne peut la conserver. Sur les conseils de M. Fournier, on décide qu'un essai nouveau sera tenté; mais il reste infructueux; la sonde est conservée à demeure pendant 3 jours; elle fonctionne bien, mais la fièvre s'élève encore et atteint 40°.

Dans ces conditions, il paraît nécessaire de créer une soupape de sûreté en ouvrant la vessie: cette cystostomie sus-pubienne, pratiquée à la clinique du Dr Fournier, est suivie d'un excellent résultat, car le malade cesse d'avoir de l'hyperthermie; et au bout de quatre mois, la fistule ne donne plus que quelques gouttes d'urine.

OBSERVATION XXI

(Inédite. — Docteur X. DELORE).

*Prostatique calculeux, atteint de cystite douloureuse intense ;
cathétérisme douloureux et difficile ; mauvais état général.
Cystostomie sus-pubienne. Guérison.*

M. B..., de Mauves, près Tournon (Ardèche), 68 ans, est un prostatique qui se sonde depuis 8 ans. Il y a quatre ans qu'il ressent des douleurs à l'hypogastre, surtout à la fin des mictions, et ces douleurs s'accompagnent d'irradiations dans les membres inférieurs et la verge.

Il y a 8 mois, après un long voyage, il fut atteint d'hématuries abondantes qui l'anémièrent et l'affaiblirent beaucoup ; depuis ces accidents également, il souffre d'une manière intense et continue.

Les cathétérismes sont devenus très difficiles ; ils doivent être pratiqués avec une sonde n° 10, toutes les trois heures environ, et provoquent des crises de souffrances intolérables.

Il réclame à tout prix un soulagement immédiat.

Le toucher rectal fait constater une prostate énorme et l'explorateur métallique révèle des calculs vésicaux. Le malade est dans un état si lamentable que la cystostomie est tout ce qui peut être tenté ; il faut la faire de suite pour soulager le patient. On la pratique donc, séance tenante, le 6 janvier 1900 : elle permet de retirer de la vessie 5 calculs phosphatiques, qui étaient logés dans un bas-fond très profond.

Les suites opératoires furent des plus simples, et marquées par aucun incident ; la douleur disparut totalement, il n'y eut jamais de température ; si bien que l'amélioration immédiate est allée progressivement jusqu'à la guérison complète.

Son méat hypogastrique étant resté malheureusement incontinent, il s'en retournait peu de temps après chez lui, muni d'un appareil de Souel.

Le 10 février 1903, le Dr Deydier (de Tournon) écrit à M. Delore que le malade va bien, et qu'il est heureux et

content de son méat hypogastrique : il ne veut subir aucune autre opération.

OBSERVATION XXII

(Personnelle, prise dans le service du Docteur PAUCHET).

Vieux prostatique, infecté et affaibli; cathétérisme difficile; calculs. Cystostomie sus-pubienne d'urgence. Mort 3 mois après.

X... est un vieux prostatique qui se sonde depuis 10 ans au moins; tous les jours, il se passait régulièrement une sonde n° 12 dans l'urètre; l'infection est déjà ancienne.

Il rentre en janvier 1901 au pavillon Duvauchel (Hospice des Incurables d'Amiens), envoyé par le Dr Hénou, de Matigny. Le Dr Pauchet constate la présence de calculs dans la vessie : l'exploration fait remarquer en outre qu'il est impossible de passer une sonde plus grosse qu'un n° 12, par suite de l'état du canal urétral, que l'on sent scléreux et induré. Le malade est un sujet gros et sans ombre de résistance.

Aussi le lendemain de son arrivée, M. Pauchet pratique-t-il la taille hypogastrique qui permet de retirer 10 petits calculs phosphatiques.

Une amélioration notable se produit, qui se maintient pendant trois semaines; mais cependant, elle n'est pas suffisante pour tenter une prostatectomie. Survient alors un hoquet formidable et continu qui dure 15 jours : se sentant plus mal, l'opéré retourne chez lui et meurt de cachexie urinaire trois mois après la cystostomie.

L'urètre anatomique n'a jamais fonctionné depuis l'opération.

OBSERVATION XXIII

(Inédite. — Docteur X. DELORE).

Hypertrophie de la prostate; rétention aiguë avec fausse route et cathétérisme impossible; infection urinaire; cystostomie sus-pubienne d'urgence et prostatectomie partielle par la même voie. Guérison.

T... J. B., 61 ans; présente, depuis trois ans, de la difficulté de la miction qui est fréquente la nuit. Depuis

deux mois, il lui faut se sonder plusieurs fois par jour, avec la sonde à grande courbure de Gély.

Il y a 4 jours, il s'est fait une fausse route et, depuis lors, la rétention est complète, avec miction par regorgement; le cathétérisme est impossible. Son état d'infection grave, avec frissons, langue grillée, température élevée (39°) commandent une intervention qui ne peut être que la cystostomie sus-pubienne. Celle-ci est pratiquée d'urgence le 2 janvier 1901; les parois vésicales sont épaisses de deux centimètres au moins; le lobe moyen de la prostate forme une soupape mobile, pédiculée en arrière et à droite du col; il est rapidement excisé au ciseau.

Les suites opératoires furent simples. Le 24 janvier, le malade, à peu près guéri, sortait de l'Hôtel-Dieu, urinant déjà assez bien par la verge. Les urines sont maintenant limpides et la température a disparu définitivement.

OBSERVATION XXIV

(CLARKE BRUCE. — *Brit med. Journ.* 1900)

Hypertrophie prostatique; rétention aiguë; hématurie grave avec caillots dans la vessie; grande faiblesse du malade; cystostomie sus-pubienne d'urgence et excision du lobe moyen de la prostate; guérison.

Vieillard de 67 ans, qui fut admis à *St-Bartholomew's Hospital*, en état de rétention prostatique; il subit le traitement ordinaire par le cathétérisme, mais ne fut pas amélioré.

Une sévère attaque d'hématurie remplit soudain sa vessie de caillots qui ne purent être aspirés complètement; la prostate était très hypertrophiée et il était difficile d'introduire un instrument dans la vessie.

Le malade étant manifestement trop faible pour subir une prostatectomie, il fut décidé de procéder en deux temps, et la cystostomie sus-pubienne fut faite comme opération préliminaire, elle permit d'évacuer les caillots et deux calculs qui étaient restés méconnus; on extirpa, en outre, très facilement le lobe moyen pédiculé de la prostate.

La guérison se fit lentement, mais complète; six se-

maines après le malade pouvait uriner complètement et spontanément ; trois mois après, il pouvait se passer de cathétérisme. La prostatectomie totale fut alors jugée inutile, après exploration de la vessie.

OBSERVATION XXV

(Personnelle, prise dans le service du docteur PAUCHET)

Prostatique infecté en rétention complète aiguë ; cathétérisme impossible ; cystostomie sus-pubienne d'urgence et prostatectomie périnéale secondaire ; guérison.

X., 72 ans, de Dury (Somme), entre au pavillon Duvau-chel (Hospice des Incurables d'Amiens) dans le courant de l'après-midi du 14 juillet 1903. Il s'est trouvé pris subitement d'un accès de rétention complète : il ne peut uriner.

M. Pauchet constate que la prostate est énormément hypertrophiée ; il essaye le cathétérisme, mais ne peut y arriver. Le malade est infecté ; il renonce donc à la ponction et fait une simple boutonnière vésicale sus-pubienne dans laquelle il met une sonde de Malécot pour drainer la vessie.

Pendant les deux jours qui suivent, le malade a pu être préparé pour subir une prostatectomie périnéale totale : M. Pauchet enlève alors une prostate de 96 grammes, exsangue, sans ramollissement et sans congestion.

Les suites opératoires furent très simples. Mais pendant les vacances, en l'absence de M. Pauchet, on a laissé le drainage périnéal un peu longtemps, si bien que le malade n'a été guéri de ses deux fistules, périnéale et sus-pubienne, qu'après sept semaines.

L'opéré va bien sous tous les rapports.

Remarque. — C'est un cas qui montre bien l'avantage du traitement en deux temps : la cystostomie, outre qu'elle satisfait aux nécessités de l'urgence, semble encore avoir l'avantage, en faisant disparaître la congestion, de rendre la prostatectomie secondaire plus facile.

OBSERVATION XXVI

(Inédite. — Docteur C. FOURNIER)

Hypertrophie de la prostate : infection et rétention complète aiguë, avec cathétérisme impossible ; cystostomie sus-pubienne d'urgence et prostatectomie périnéale totale secondaire. Guérison.

Le nommé D..., 73 ans, du département du Nord, entre le 13 janvier 1903, à la clinique du docteur Fournier, d'Amiens. C'est un prostatique infecté, vieux rétentionniste incomplet.

Au cours de son voyage à Amiens, il a été pris de froid, et, dès son arrivée, cette rétention est devenue complète.

Le docteur Fournier lui pratique une cystostomie sus-pubienne d'urgence, car la sonde ne peut franchir le canal dans lequel des fausses routes ont été faites, après plusieurs essais infructueux de cathétérisme.

Les suites opératoires furent simples. Le malade, se relève rapidement, malgré un point pneumonique survenu à la base du poumon droit, vers le 3^e jour après la cystostomie.

Quinze jours plus tard, l'état du malade est excellent ; M. le docteur Fournier lui fait une prostatectomie périnéale totale : elle est pratiquée sans aucune difficulté.

Ici encore, suites opératoires des plus simples. La guérison complète fut obtenue en deux mois, et le malade pouvait sortir alors de la clinique, n'ayant plus ni fistule hypogastrique, ni fistule périnéale.

OBSERVATION XXVII

(Inédite. — Docteur V. PAUCHET)

Prostatique calculeux en rétention complète aiguë ; état grave ; cathétérisme impossible. Cystostomie sus-pubienne d'urgence et prostatectomie périnéale secondaire. Guérison.

X..., 66 ans, rentre en 1903 au pavillon Duvauchel (Hospice des Incurables d'Amiens) pour douleurs vésicales provoquées par des calculs.

La lithotritie est proposée par M. Pauchet et refusée par le malade qui quitte l'hôpital.

Il est revu quelque temps après, le 1^{er} août 1903; son état, loin de s'améliorer, s'est bien aggravé; il s'est beaucoup affaibli. De plus, il est atteint d'accidents de rétention aiguë; le cathétérisme est essayé à plusieurs reprises, mais il reste impraticable.

Etant donné l'état du sujet, la taille seule est possible; elle est proposée au malade, et pratiquée d'emblée; M. Pauchet enlève deux calculs vésicaux.

Puis le malade est soumis au traitement antiseptique par les lavages vésicaux, afin de le préparer à subir une prostatectomie périnéale totale, aussitôt que l'amélioration qui se produit sera suffisante pour permettre cette dernière opération.

Celle-ci est pratiquée trois jours après par M. Pauchet; il remarque au moment de l'opération que la prostate est deux fois moins volumineuse que le jour de la cystostomie: l'opération a pu se faire à blanc et sans aucune difficulté.

Trois semaines après, le malade cesse d'uriner par le périnée. La fistule hypogastrique se ferme à son tour cinq semaines après l'opération.

La guérison semble bien complète.

Remarque. — Ce cas montre que la cystostomie, en supprimant la rétention, l'infection et la congestion qui en découle, rend la prostatectomie plus facile, et en supprime une des complications, l'hémorragie, sans en diminuer les bons effets au point de vue fonctionnel.

OBSERVATION XXVIII

(AUDRY. — *Archives provinciales de Chirurgie*, 1902)

Cystostomie sus-pubienne d'urgence chez un individu trop gravement atteint pour supporter une prostatectomie. Prostatectomie 23 jours après. Amélioration.

Louis D..., 78 ans, jardinier.

Pas d'antécédents héréditaires, une blennorrhagie; il se présente le 26 janvier 1902 à la consultation.

Il ne fait remonter qu'à 6 mois les troubles de la miction, besoins fréquents la nuit, etc..

Depuis plusieurs jours, il urine par regorgement; vessie dilatée jusqu'à l'ombilic; langue brûlée, sèche; urines troubles, état général déplorable, cachexie, etc..

Le 28, cystostomie d'urgence, sans anesthésie, par M. le docteur Deloir; sonde de Pezzer dans le méat hypogastrique; pas de suture vésico-cutanée; désinfection vésicale, etc..

On constate une double saillie latérale considérable de chaque côté du col.

Suites excellentes de tous points. Relèvement marqué de l'état général; les urines restent troubles, mais la langue devient humide; le fonctionnement du méat hypogastrique est excellent. Le malade mange un peu, se lève, etc.. Les urines sont très abondantes, 2 à 3 litres par 24 heures, albumine en abondance..

Le 15 février, le malade demande à être débarrassé de son méat hypogastrique et réclame une intervention qui permette aux urines de reprendre la voie normale.

Le 20 février, prostatectomie par MM. le professeur Audry et Cestan: la prostate est totalement enlevée par le périnée; sonde urétrale à bout coupé à demeure, et sonde de Pezzer dans le méat hypogastrique.

Suites opératoires d'une bénignité inattendue; l'état général garde son amélioration, le malade mange un peu. Mais souvent il y a des arrêts dans ces modifications favorables; la langue toujours saburale, redevient parfois noire et grillée. Il y a constamment de l'albumine dans les urines, mais en moins grande quantité; les urines sont également moins abondantes.

Localement, tout s'est comporté avec une simplicité extraordinaire; on a enlevé la sonde urétrale au bout d'une semaine; au 15^e jour on a commencé des cathétérismes avec des Beniqué volumineux. Au 5 avril, le périnée est en grande partie cicatrisé, la continuité urétrale est presque rétablie; la sonde sus-pubienne est cependant maintenue. Le malade dit qu'il peut uriner un peu par le canal, mais se plaint que ce n'est pas encore facile; une

injection poussée par le méat pénètre à peu près complètement dans la vessie ; il n'en coule que quelques gouttes par la perte de substance périnéale.

Le 14 avril, le périnée est cicatrisé ; on passe facilement un Béniqué 45 : cependant le malade a beaucoup de peine à émettre un peu d'urine par le canal, bien que le méat sus-pubien soit parfaitement continent et permette de retenir un demi-litre d'urine dans la vessie.

Le 20 avril, fièvre, malaise ; on rouvre la plaie périnéale et il s'écoule une certaine quantité de pus.

Le 22, le malade va bien, il urine un peu mieux par l'urètre, mais une partie de l'urine passe par le périnée.

Le 28, l'état reste stationnaire ; le malade, dont l'état général est excellent, est emmené par ses enfants ; il urine partie par le méat, partie par le périnée ; on n'a pas osé enlever la sonde hypogastrique.

Le 5 juin, l'état est stationnaire ; l'urètre fonctionne très mal. En somme, résultat nul de la prostatectomie.

OBSERVATION XXIX

(Inédite. — Docteur V. PAUCHET)

Prostatique aseptique en rétention complète aiguë ; cathétérisme impossible. Cystodrainage d'urgence imposé par le milieu, puis prostatectomie périnéale secondaire. Guérison.

X., 70 ans, vieux prostatique, non infecté cependant, est pris subitement en 1903, d'un accès de rétention aiguë. Ne pouvant uriner, il appelle M. le docteur Carrette, de Flixecourt (Somme) qui essaye en vain le cathétérisme ; trois jours de suite il pratique des ponctions, qui ne parviennent pas à rendre l'urètre perméable.

M. le docteur Pauchet le voit ; ne pouvant arriver à sonder le malade, et considérant le milieu dans lequel il se trouve, il pratique le cystodrainage, laisse le trocart sus-pubien à demeure, avec l'intention de faire au plus tôt la prostatectomie périnéale.

Celle-ci est pratiquée le lendemain : l'opération est très soignante ; la prostate est énorme (90 grammes) et de plus très molle, ce qui occasionne quelques difficultés opératoires.

Les suites opératoires sont des plus simples. La guérison se fait en 5 semaines; le malade urine tout seul, et vide totalement sa vessie.

OBSERVATION XXX

(Inédite. — Docteur V. PAUCHET)

Cancer de la prostate probablement opérable; rétention aiguë avec cathétérisme impossible. Cystostomie sus-pubienne d'urgence à domicile. Guérison.

M. X..., 72 ans, est atteint en 1903 d'un accès de rétention d'urine complète, après avoir présenté quelques troubles urinaires antérieurs, d'origine prostatique. Le docteur Jullien, de Corbie, ne peut faire pénétrer une sonde dans la vessie; il mande M. le docteur Pauchet, qui ne peut pratiquer le cathétérisme, même avec la sonde sur mandrin; il pense à un cancer de la prostate au début, probablement opérable; mais il ne peut confirmer son diagnostic, le malade refusant de se soumettre au toucher rectal. Ce dernier ne souffre pas; afin de lever la rétention M. Pauchet pratique la taille sus-pubienne, seule opération possible dans le milieu dans lequel il faut opérer; la vessie est drainée par l'hypogastre.

Les suites opératoires sont très simples, et trois mois après l'opération, l'état général du malade est excellent; il porte maintenant un urinal pour recueillir ses urines; content de son sort, il ne voudrait à aucun prix subir une cure radicale, dont il retirerait grand avantage, comme il y a tout lieu de le croire.

OBSERVATION XXXI

(Inédite. — Docteur X. DELORE)

Cancer circonscrit de la prostate; hématuries et infection urinaire; cathétérisme insuffisant. Cystostomie sus-pubienne d'urgence. Amélioration.

X., 72 ans, se plaint d'envies fréquentes d'uriner depuis six mois; il y a environ sept à huit semaines survient la première hématurie; depuis quinze jours, ce vieillard urine constamment du sang pur; il est tombé dans un

état d'anémie et de faiblesse très prononcées. De plus il est profondément infecté, la langue est sèche, rôtie ; la température est à 39°

Les sondages sont essayés pendant quelques jours, sans grand résultat, du moins, au point de vue des hématuries. Si l'infection paraît diminuer quelque peu (la température reste aux environs de 38°), d'un autre côté, les difficultés d'évacuation ne permettent pas d'espérer l'arrêt des hématuries.

La cystostomie sus-pubienne est pratiquée d'urgence le 19 décembre 1900 ; la vessie contient au moins trois litres de liquide sanguin, mélangé à de nombreuses mucosités : pas de caillots, pas de calculs, pas d'ulcérations vésicales.

Le toucher rectal ayant dénoté une prostate très volumineuse et irrégulière, que l'opération montre formant un plancher dur et résistant dans la vessie, on pense à un cancer circonscrit ; pas de ganglions.

Le 18 janvier 1901, le malade part chez lui ; les suites opératoires ont été simples ; les hémorragies vésicales ont totalement disparu ; il n'y a jamais eu de température, mais, bien que les urines soient limpides maintenant, l'opéré quitte le service en mauvais état ; escharres fessières, cachexie progressive.

OBSERVATION XXXII

(Inédite. ¹¹ Docteur X. DELORE)

Cancer de la prostate au début ; troubles urinaires et de la défécation ; pyélonéphrite ; cathétérisme difficile et douloureux. Cystostomie sus-pubienne. Guérison.

J. Antoine, 68 ans, d'Anglun-sur-Dun (Saône-et-Loire) entre le 10 juin 1899, dans le service de M. le professeur Poncet. Son histoire est celle d'un prostatique, dont les débuts remontent à deux ans ; depuis quelques mois, il est obligé de se sonder régulièrement quatre ou cinq fois par jour. Enfin, depuis un mois et demi, il est en rétention complète : la miction se fait d'une façon continue par regorgement.

A son entrée à l'hôpital, le toucher rectal fait sentir une prostate énorme et assez irrégulière de forme et de consis-

tance; le sujet se plaint d'épreintes rectales pénibles qui doivent relever de l'augmentation de volume de la prostate. On note des reins augmentés de volume, mais peu sensibles au palper; il y a une polyurie trouble de quatre litres environ par jour; le teint est jaunâtre, l'appétit nul, la soif vive; la température est à 39°. Le malade dit que tous ces troubles ont débuté, il y a sept jours et ont été en s'accroissant progressivement.

Le malade est soumis au cathétérisme; mais chaque tentative de sondage est difficile et, de plus, très douloureuse. Le malade demandant un soulagement immédiat, étant donné le diagnostic du cancer prostatique, M. Delore fait une cystostomie le 11 juin 1899. La vessie est fortement dilatée et sclérosée; les urines sont très louches; sur le col, on ressent un lobe moyen, du volume d'une grosse noix, surplombant l'orifice vésical à la manière d'un bonnet phrygien.

Les suites opératoires furent fort simples; l'amélioration fut immédiate, si bien que le malade quittait l'Hôtel-Dieu, le 24 juin 1899.

OBSERVATION XXXIII

(Inédite. — Docteur X. DELORE)

Carcinome prostatique circonscrit; rétention aiguë et infection urinaire; hématurie. Cystostomie sus-pubienne d'urgence. — Guérison avec survie de deux ans.

G..., 78 ans, de Culoz (Ain). Depuis quelques années déjà, ce malade a présenté des symptômes urinaires, causés apparemment par une hypertrophie de la prostate; depuis longtemps, il a dû se soumettre au cathétérisme. Les derniers sondages ont provoqué une fausse route, qui amène cet homme à l'Hôtel-Dieu de Lyon, le 7 novembre 1899.

Il est en rétention complète; la vessie remonte à l'ombilic; la température est à 37°4; la prostate est énorme, irrégulière, peut-être cancéreuse! Il n'y a pas de ganglions. Le cathétérisme est difficile, mais cependant suivi de succès.

Le lendemain, 8 novembre, la vessie remonte encore à

l'ombilic; le cathétérisme est toujours praticable; les urines sont claires, mais la température est à 38°2.

Le 9 novembre, se produit une hématurie abondante; la fièvre persiste; l'état général semble beaucoup moins bon, l'infection paraît plus profonde; ce vieillard accuse des troubles digestifs sérieux.

La cystostomie sus-pubienne est pratiquée d'urgence.

L'amélioration fut rapide et le malade partait le 27 novembre, avec un appareil de Souel, pour recueillir ses urines.

Il est mort deux ans après l'opération, et les renseignements nous font supposer que son hypertrophie prostatique était cancéreuse, de nature épithéliale.

OBSERVATION XXXIV

(Personnelle. — Prise dans le service de M. le docteur PAUCHET)

Cancer inopérable de la prostate; rétention aiguë avec cathétérisme impossible. Cystostomie sus-pubienne d'urgence. Mort cinq mois après.

X..., est un vieux matelot du Crotoy (Somme), atteint depuis quelques années de troubles d'origine prostatique. Il est pris, en 1901, d'un accès de rétention complète aiguë; le cathétérisme reste impossible entre les mains du docteur Viger, d'Abbeville, qui envoie son malade au pavillon Duvauchel (Hospice des Incurables d'Amiens).

M. le docteur Pauchet, qui le voit, diagnostique un cancer inopérable de la prostate; cette glande est très volumineuse; elle forme une tumeur bosselée, irrégulière et mamelonnée; des ganglions sont nettement sentis dans les fosses iliaques.

L'impossibilité persistante du cathétérisme conduit M. Pauchet à faire la cystostomie sus-pubienne. Les suites opératoires furent toutes simples; mais la cachexie progressive amena la mort de l'opéré cinq mois après l'intervention.

OBSERVATION XXXV

(Inédite. — Docteur X. DELORE)

Cancer de la prostate inopérable : rétention complète avec infection ; difficultés du cathétérisme ; cystostomie sus-pubienne d'urgence. Guérison.

H..., 67 ans, entre le 4 février 1902 à la clinique de M. le professeur Poncet, avec une rétention d'urine survenue depuis quinze jours. Depuis, la miction se fait d'une façon continue par regorgement.

Au toucher rectal, grosse tumeur prostatique, mamelonnée, adhérente au rectum et aux parois pelviennes ; il existe de chaque côté de la prostate des infiltrats durs qui immobilisent, en une seule coulée, rectum et prostate ; on sent, des deux côtés, des ganglions inguinaux, durs et résistants.

L'état général est assez bon : le cathétérisme est possible, il permet de retirer de la vessie une certaine quantité d'urines troubles, mais il est douloureux ; des essais fréquents, depuis dix jours, ont ramené à différentes reprises quelques gouttes de sang pur, et irrité le canal urétral.

Les difficultés du cathétérisme conduisent M. Delore à pratiquer la cystostomie sus-pubienne, le 6 février ; il sent, dans la vessie, une prostate énorme, faisant le tour du col vésical, élevant le plancher vésical au-dessus d'un bas-fond de 7 à 8 cent. de profondeur au moins ; pas d'ulcérations vésicales.

Les suites opératoires sont très simples ; le 23 février, l'appareil de Souel est appliqué, et l'opéré quitte le service.

Il est revu le 20 avril 1902, en excellent état, grâce à son méat hypogastrique. Les urines restent claires, alors qu'au moment de l'ouverture vésicale, elles contenaient, dans le bas-fond, une couche fort épaisse de pus.

OBSERVATION XXXVI

(Résumée de R. WENZEL, in *Semana médica*
de Buenos-Ayres, 17 oct. 1901.

Rétrécissement de l'urètre ; rétention aiguë avec cathétérisme

impossible : urétrotomie externe, puis cystostomie sus-pubienne. Guérison.

X..., ancien militaire allemand, qui, dans la guerre de 1870, assista à 17 batailles et resta sain et sauf, contracta, en revanche, une blennorrhagie dont il a souffert jusqu'en 1899, et cause de divers accidents.

Le 11 janvier 1899, à la suite de phénomènes graves et alternatifs d'incontinence et de rétention d'urine, on pratiqua l'urétrotomie externe sans conducteur : il fut impossible de pénétrer jusqu'à la vessie.

Quinze jours après, le 25 du même mois, on fit le cathétérisme rétrograde : M. Wenzel employa pour cela l'incision transversale sus-pubienne.

Cette intervention amena la guérison au bout de quatre semaines. Le malade est revu deux ans après : la guérison s'est maintenue complète.

OBSERVATION XXXVII

(Personnelle, prise dans le service du docteur PAUCHET)

Rétrécissement traumatique de l'urètre ; cathétérisme impossible. Cystostomie sus-pubienne d'urgence, puis urétrotomie externe. Guérison.

X..., 22 ans, entré en 1902 au pavillon Duvauchel (Hospice des Incurables d'Amiens), en état de rétention complète aiguë.

Quelques années auparavant, il a reçu un coup au périnée, dont les conséquences furent un rétrécissement traumatique de la portion scrotale de l'urètre, ayant amené un accès de rétention.

Actuellement, le malade n'urine plus que goutte à goutte, au prix des plus violents efforts : la miction ne se fait plus que par regorgement. Aucune sonde, même filiforme, ne parvient à passer, malgré l'emploi des artifices ordinairement mis en usage.

La taille hypogastrique est pratiquée d'urgence par M. le docteur Pauchet, qui laisse la vessie ouverte et drainée. Le lendemain, l'urétrotomie externe est faite sans conducteur ; le noyau rétréci est excisé, l'urètre est suturé au catgut, et une sonde à demeure mise dans l'urètre.

Les suites opératoires ne furent marquées que par l'apparition d'un petit abcès périnéal, et d'une fistule momentanée toute superficielle. La guérison se fit complète malgré ce petit accident.

OBSERVATION XXXVIII

(Inédite. — Docteur V. PAUCHET).

Rétrécissements multiples de l'urètre ; rétention aiguë avec cathétérisme impossible. Cystostomie sus-pubienne d'urgence et urétrotomie interne secondaire. Guérison.

X...., 36 ans, a contracté, à diverses reprises, plusieurs blennorragies, dont les suites naturelles furent des accidents de rétrécissement urétral, pour lesquels il réclama les soins du docteur Gand, d'Amiens.

En février 1903, il est atteint d'un accès de rétention aiguë ; le cathétérisme est impraticable. Le médecin appelle un confrère qui ne réussit qu'à faire des fausses routes. M. le docteur Pauchet, alors appelé, fait des essais de sondages qui restent infructueux, même avec les bougies les plus filiformes ; la stricture urétrale infranchissable est précédée d'autres rétrécissements serrés, qui paraissent devoir rendre l'urétrotomie externe particulièrement laborieuse.

Dans ces conditions, M. Pauchet pratique la cystostomie sus-pubienne ; la vessie est drainée au-dessus du pubis.

Rien ne vient marquer les suites de cette opération qui furent des plus simples ; huit jours après, on peut facilement faire traverser les rétrécissements multiples par un conducteur à urétrotome ; puis l'urétrotomie interne est pratiquée.

La guérison est obtenue rapidement, malgré l'apparition d'un abcès de la cavité de Retzius.

Remarque. — L'urétrotomie interne, après une cystostomie sus-pubienne, est une opération difficile : en effet, alors que, dans les conditions ordinaires, le conducteur entre dans une vessie pleine de liquide, dans le cas du rétréci cystostomisé, au contraire, la vessie est vide ; il est donc nécessaire d'aller, par l'ouverture sus-pubienne,

attraper le bout du conducteur et de l'amener au dehors.

Malgré cette difficulté, l'urétrotomie interne reste, là encore, le meilleur traitement du rétrécissement.

OBSERVATION XXXIX

(Inédite., — Docteur C. FOURNIER)

Rétention d'urine, suite de rétrécissement blennorrhagique : ponctions de la vessie. Cystostomie sus-pubienne. Urétrotomie interne. Guérison.

X..., 40 ans, ancien blennorrhagique, ne peut plus compter ses chaudes-pisses, car depuis l'âge de 18 ans, il a toujours suppuré. Il est d'ailleurs atteint d'une cystite purulente datant de 7 à 8 ans, dit-il, et le dépôt de pus est extrêmement abondant. Il éprouve toujours des difficultés pour uriner et présente tous les symptômes d'un rétrécissement ancien. Il a essayé à plusieurs reprises de le dilater, mais la patience lui a toujours manqué pour mener à bien cette dilatation.

Tout à coup le 15 février 1899, il est pris d'une rétention. Le docteur Fournier le voit au bout de 24 heures, et fait une ponction vésicale. Le lendemain, mêmes accidents, même ponction : le cathétérisme reste impossible, provoque des saignements abondants, par suite des fausses routes que le malade s'est faites lui-même.

On fait une cystostomie sus-pubienne, qui permet de faire une urétrotomie interne, suivie de dilatation du rétrécissement.

Le méat hypogastrique a fini par se fermer en l'espace d'un an.

Le malade, très indocile, n'a pas voulu continuer à se soigner, en se dilatant à intervalles réguliers. Il a affirmé au bout de quelque temps, qu'il n'était plus rétréci : il n'a donc pu guérir d'une manière complète et a continué à uriner un peu de pus.

OBSERVATION XL

(Inédite. — Docteur C. FOURNIER)

Rétention aiguë avec cathétérisme impraticable chez un pros-

tatique rétréci. Cystostomie sus-pubienne et urétrotomie interne. Guérison.

D..., 65 ans, a un passé assez tourmenté, a beaucoup travaillé et vécu largement. Plusieurs blennorragies pour lesquelles il a été soigné à Paris et qui lui ont causé un rétrécissement de l'urètre pour lequel il a subi la dilatation dès son jeune âge.

Il rentre le 10 mars 1902, à la clinique du docteur Fournier d'Amiens. Il n'urine que goutte à goutte par regorgement, et déclare qu'on ne pourra le sonder. Il est, en effet impossible de lui passer la moindre sonde ou bougie. En outre de cette rétention il y a de la fièvre, (39° et 38°): le malade possède une prostate énorme.

Cystostomie sus-pubienne, grâce à laquelle l'état général se remonte. Puis le cathétérisme rétrograde est essayé et réussit à faire passer une bougie filiforme: urétrotomie interne et sonde à demeure.

Au bout de deux mois, le malade urine bien par son canal: sa fistule hypogastrique est fermée, mais il y a encore un peu de pus dans ses urines, et il ne veut pas entendre parler de prostatectomie.

Rentré chez lui, il est atteint de congestion pulmonaire dont il a failli mourir. Il se remet néanmoins, et se maintient en état désormais assez bon.

OBSERVATION XLI

(Personnelle, prise dans le service du Docteur PAUCHET)

Rétrécissements multiples de l'urètre; rétention aiguë avec obstacle infranchissable. Cystostomie sus-pubienne et urétrotomie interne. Guérison.

X..., 40 ans, entre en 1901 au pavillon Duvauchel (Hospice des Incurables d'Amiens) en état de rétention complète aiguë, avec miction par regorgement.

C'est un malade qui présente dans son passé urinaire plusieurs blennorragies, ayant causé des rétrécissements multiples de l'urètre, que M. le Dr Pauchet reconnaît à l'aide du cathétérisme explorateur; mais à la région bulbaire, il est arrêté par un obstacle tellement serré que les sondages restent impraticables, même avec les bougies

filiformes. L'examen du périnée y fait percevoir nettement une callosité médiane, très dure, bien circonscrite, au voisinage du bulbe.

M. Pauchet, pensant que l'urétrotomie externe sera difficile dans de telles conditions, fait la taille sus-pubienne, pratique le cathétérisme rétrograde, et dans la même séance, fait l'urétrotomie interne ; il établit le drainage hypogastrique, à l'aide d'une sonde de Malécot.

La guérison complète est obtenue en deux ou trois semaines ; depuis, le malade se passe des Béniqué de temps en temps.

OBSERVATION XLII

(Inédite. — Docteur C. FOURNIER) •

Rétrécissement infranchissable de l'urètre. Cystostomie sus-pubienne d'urgence, nécessité par le milieu, puis urétrotomie externe. Guérison.

Le nommé H., de Camon, 54 ans, a eu, il y a 30 ans, une blennorrhagie suivie de rétrécissement. Il sait que, depuis 20 ans, ce rétrécissement est devenu de plus en plus accentué. Il y a déjà longtemps qu'il n'urine que goutte à goutte, avec des efforts, et le 3 Décembre 1900 il a été pris de rétention. Cette rétention était préparée depuis longtemps et il urinait par regorgement ; cette fois, l'impossibilité d'uriner est absolue ; depuis 24 heures, il n'y a pas eu une goutte d'urine. Le Dr Debrie, de Camon, n'a pu parvenir à sonder le malade ; le Dr Fournier essaye à son tour les bougies les plus filiformes, sans y parvenir.

La ponction ne peut donner qu'un résultat passager, et le milieu dans lequel le malade se trouve est malpropre et privé de tout : on ne peut tenter sérieusement l'urétrotomie externe et la restauration de l'urètre. La cystostomie est ici nettement réclamée par l'urgence de la rétention complète et surtout par le milieu qui ne permet pas d'essais thérapeutiques minutieux et efficaces. Force est bien d'ouvrir la vessie dans de semblables circonstances : ce qui est fait le 4 décembre, suivant le procédé classique.

Dix jours après, le malade entre à la clinique du Dr Fournier ; il est en bon état. Il est examiné au point de

vue de l'urètre ; impossibilité absolue de franchir le rétrécissement avec les bougies filiformes ; l'urétrotomie interne est bien impraticable, puisqu'il y a aussi impossibilité de pratiquer le cathétérisme rétrograde.

L'urétrotomie externe est donc faite le 14 Décembre : elle conduit sur un tissu scléreux situé au niveau du bulbe et un peu en avant, sur une longueur de 3 centimètres, on dirait un rétrécissement cicatriciel d'origine traumatique, tellement les tissus sont durs et ressemblent à un cordon fibreux. Cette bride est sectionnée et le Béniqué introduit est conduit jusque dans la vessie ; l'urètre est suturé sur une sonde laissée à demeure ; drainage au plafond.

Suites très simples ; 38° 2 le soir, puis 37° et 37° 3 le lendemain. Guérison en quatre semaines, fort rapide et bien complète.

Passage régulier de sondes dans la suite, de telle sorte que le malade revu au cours de la première et de la deuxième année est resté complètement guéri ; il urine maintenant à plein canal depuis cette époque.

OBSERVATION XLIII

(Résumée de M. le Professeur Guyon, *Ann. des org. gen. urin.* 1902)

Rétrécissement de l'urètre avec fistules ; pyélonéphrite ; cathétérisme rétrograde ; sonde à demeure et drainage sus-pubien.

X..., N° 25 de la salle Velpeau (Hôpital Necker).

Le 25 Août 1886, à l'âge de 12 ans, traumatisme de l'urètre membraneux, par fracture du bassin.

Première entrée à Necker le 1^{er} Novembre 1887, pour un rétrécissement de l'urètre, qu'on ne peut dilater que jusqu'au Béniqué n° 26.

En Juin 1888, urétrotomie interne, et en novembre de la même année, urétrotomie externe, à la suite de laquelle on put le dilater jusqu'au Béniqué n° 40.

L'état reste satisfaisant jusqu'en 1890, où on est obligé de lui faire l'incision large et le curettage de fistules uri-

naïres trop profondes pour être excisées: les fistules ne se ferment pas.

Pendant 5 ans, il a pu alors uriner par la verge et le périnée, mais depuis 3 ans, il urine uniquement par ses fistules. En même temps, les urines deviennent très troubles et chaque fois que le malade est fatigué, ou bien que la miction par les fistules s'opère plus difficilement, le côté droit devient douloureux et il y a des frissons.

Deuxième entrée à Necker en octobre 1901; les urines sont très purulentes; elles s'écoulent bien par la fistule de la cuisse, et il n'y a aucune douleur rénale; on n'a pas noté d'augmentation de volume du rein.

Le 18 octobre, M. Albarran rétablit la perméabilité du canal par un cathétérisme rétrograde; il met une sonde à demeure dans l'urètre, et la vessie et le périnée sont laissés ouverts.

Tout alla bien jusqu'au moment où on retira la sonde; les fistules et l'ouverture de la vessie s'étant refermées; mais à ce moment, une rétention d'urine s'établit immédiatement, le rein droit se distendit, devint très douloureux et la température s'éleva à 38°4.

Le 23 novembre, c'est-à-dire le lendemain, la fistule crurale se rouvre; le rein diminue de volume et devient douloureux. Le 24, la plaie sus-pubienne se rouvre aussi, l'urine dès lors s'écoule facilement; le malade se sent très soulagé et la diminution du rein s'accroît.

Aujourd'hui (1902) le malade est en très bon état, mais son rein droit se sent encore et son bocal est rempli d'urines avec un énorme dépôt de pus.

Remarques. — « Chez ce malade, les accidents rénaux prennent une grande intensité lorsque la vessie ne se vide pas, ils s'amendent puis cessent, quand elle est évacuée.

« Les conditions dans lesquelles vous avez constaté l'augmentation si rapide du volume du rein qui, sous l'influence de la rétention qui a suivi l'enlèvement de la sonde à demeure, a vu très prochainement s'effectuer sa diminution progressive lorsque la réouverture de la plaie hypogastrique a permis à la vessie de se vider complète-

ment, ont le caractère expérimental ; elles vous donnent en effet, la preuve de la contre-épreuve.» (Guyon).

OBSERVATION XLIV

(Inédite. — Docteur C. FOURNIER)

Hématonéphrose traumatique. Néphrotomie. Cystostomie sus-pubienne pour cystite due à des caillots vésicaux. Guérison.

M. X., d'Acheux, 42 ans, reçoit le 2 octobre 1900, un coup de pied de cheval dans la région de l'hypocondre et du flanc droits ; l'avant-bras droit étant placé en avant de cette région reçoit le sabot du cheval, projeté d'avant en arrière ; une périostite se déclare dans la suite dans la continuité du radius et guérit seule.

Le traumatisme abdominal a été indirect ; syncope d'une demi-heure, vomissements, péritonisme ; le malade se remet très vite. Son pouls est bon, et le docteur Ponboureç qui le voit en ce moment, lui ordonne le régime lacté et la glace en applications locales. Il y a anurie pendant 24 heures environ, puis M. X. a des hématuries assez abondantes qui durent 4 à 5 jours et s'accompagnent de dysurie ; la douleur qui siège dans l'hypocondre droit diminue progressivement.

Je suis appelé 16 jours plus tard, le 18 octobre. Le malade avait été assez bien, mais depuis quelques jours il est apparu de nouveaux symptômes fâcheux ; des hématuries secondaires datant de deux jours et ayant nécessité le cathétérisme parce que les caillots traversent difficilement l'urètre ; une douleur très nette occupant la région lombaire droite et s'avancant en avant sous le foie ; au même niveau une tuméfaction du volume d'une tête d'enfant qui paraît être le rein ; un léger degré de péritonisme et un pouls à 100 pulsations.

Le lendemain matin, 19 octobre, j'opère le malade à ma clinique, avec l'aide de MM. Ponboureç, Legrand et Debray. Après l'incision lombaire classique, je trouve la capsule du rein adhérente aux tissus voisins ; je décolle ces adhérences et constate que le rein a la teinte violacée comme s'il y avait du sang à l'intérieur de sa substance. Je pratique la néphrotomie. Le rein forme une coque assez

épaisse au niveau de ses extrémités, mais n'ayant qu'un centimètre d'épaisseur en son milieu ; cette coque entoure $\frac{3}{4}$ de litre de sang noir, vrai résiné que j'enlève avec le doigt. Saignement assez abondant et rouge vil, venant du bassinnet dans lequel je fais facilement pénétrer une sonde. Tamponnement à la gaze stérilisée, la suture ne paraissant pas indiquée pour accoler les deux valves trop minces de cette grande poche,

Dès le second jour, le tampon a mauvaise odeur, et il est imprégné d'une assez grande quantité d'urine. Il est renouvelé et désormais, les pansements consistent en irrigations à l'eau bouillie et tamponnements légers fait 2 fois par jour.

Le 27 octobre, la température atteint 39° et une cystite apparaît ; urines purulentes, douleurs vives et mictions toutes les 5 minutes. L'état général est médiocre, le pouls à 120 et je suis disposé à faire la néphrectomie.

Mais, considérant que la plaie lombaire est en voie de réparation, et tenant compte de l'importance de cette cystite qui menace l'intégrité de l'autre rein, je pense que l'état relativement bon du rein malade ne commande pas son ablation, et que le plus pressant est d'assurer l'écoulement facile des urines. La sonde à demeure et les lavages n'étant pas supportés, je pratique donc une cystostomie, le 29 octobre ; puis, un drainage de la vessie est assuré au moyen d'une sonde de Pezzer, des lavages sont faits deux fois par jour. L'amélioration devient alors rapide. La fistule hypogastrique créée joue le rôle d'une soupape de sûreté. La température redevient normale, et la plaie lombaire laissant écouler de moins en moins d'urine, parce que la tension vésicale est nulle, continue à se refermer. Bref, le 15 décembre, le malade est guéri de son rein, mais conserve encore sa fistule hypogastrique.

Le 8 juin 1901, je lui fais la cure de cette fistule, et il rente chez lui de nouveau, au bout de quinze jours. Je l'ai revu en 1902 et 1903 : il se livre aux travaux de la culture, et son état de santé est absolument normal.

Remarque. — « A la suite des traumatismes rénaux

on observe presque exclusivement le broiement du rein et un hématome extra-rénal ; mais les exemples d'hématomes intra-rénaux sont extrêmement rares et je n'en connais que trois autres pour ma part. Dans ces trois cas, le rein a été enlevé. Le cas qui précède a donc ceci de très particulier, d'être rare, et de s'être terminé par la guérison du rein écrasé, grâce à la cystostomie » (FOURNIER).

OBSERVATION XLV

(Inédite. — Docteur X. DELORE)

Hématurie essentielle ; cystostomie sus-pubienne d'urgence, par erreur de diagnostic. — Disparition de l'hématurie

X..., âgé de 35 ans, est un facteur, robuste et très vigoureux, dans les antécédents héréditaires duquel on ne retrouve rien de saillant, en particulier, au point de vue de la tuberculose. On ne trouve de même rien dans les antécédents personnels ; il n'a jamais été malade.

Il y a trois mois, en mai 1900, environ, sont apparues, sans causes ni raisons, de violentes hématuries ; malgré tous les traitements possibles, les pissemements de sang ont persisté d'une manière continue ; le malade les a bien supportés du moins physiquement, mais il est tombé dans un état de neurasthénie profonde ; il entre à l'Hôtel-Dieu de Lyon, en août 1900, réclamant à tout prix une intervention qui puisse le guérir.

En dehors de ces hématuries, le malade ne se plaint de rien ; il ne souffre pas. L'exploration et l'auscultation montrent que tous les organes sont sains. Le cathétérisme urétéral n'est pas praticable, la cystostomie étant impossible, en raison de l'hématurie profuse, qui, selon toute probabilité, est attribuable à la vessie.

M. Delore se croit autorisé à proposer la taille hypogastrique dans le but de tarir cette hémorragie ; l'opération est acceptée par le malade, et pratiquée immédiatement : on put alors se rendre compte de l'erreur de diagnostic, car la muqueuse vésicale était absolument intacte et indemne de toute lésion. L'hématurie provenait des reins. Quoique cela, la vessie est laissée ouverte et drainée par l'hypogastre.

Chose remarquable, les hématuries diminuèrent sur le-champ, et cessèrent complètement le troisième jour après l'opération, sous l'influence du drainage sus pubien. Cet état se maintint pendant deux mois; les néphrorragies ne reparaisant pas, on laissa fermer le méat hypogastrique.

Mais, peu de temps après, survient un pissement de sang qui ne dura pas; six mois après la fermeture de la vessie, surviennent de nouvelles hématuries, abondantes et rebelles, qui proviennent des deux reins, ainsi qu'un chirurgien, de Lyon, a pu le voir par la cystoscopie.

M. Delore, consulté, conseille à nouveau la cystostomie; mais, malgré cet avis, son confrère crut utile de pratiquer une double néphrotomie dont il n'obtint aucun résultat; les reins parurent sains à l'opérateur.

En somme, hématurie essentielle, guérie momentanément par la cystostomie sus-pubienne.

OBSERVATION XLVI

(Personnelle, prise dans le service de M. le docteur
C. FOURNIER)

Néphro-pyélo-cystite; cystostomie sus-pubienne avec fistule permanente; amélioration; survie de 6 ans et plus

Femme de 30 ans, d'Amiens, sans antécédents morbides.

Accouchée deux fois; deuxième accouchement normal, mais infection légère; puis cystite (au bout de six semaines) à gonocoque, très probablement. Début brusque par des douleurs en urinant, pertes jaunes abondantes, pus dans les urines.

Curettage pour métrite au bout de trois mois.

En janvier 1897, c'est-à-dire six mois après son deuxième accouchement, surviennent des phénomènes de brightisme: œdème généralisé, céphalalgie, dyspnée, douleurs de reins à gauche et à droite, démangeaisons, crampes, obnubilation, menaces d'urémie et diminution des urines.

Avec le régime lacté, disparition progressive des symptômes et surtout des œdèmes, mais il y a persistance de la cystite et d'une double néphrite acquise ; dès que la malade cesse le lait, apparaissent des troubles oculaires, des maux de tête, et des vomissements parfois.

En juillet 1897, M. le docteur Fournier (Hôtel-Dieu d'Amiens, service de gynécologie), pratiqua une fistule hypogastrique, à titre de soupape de sûreté, chez cette femme qui ne paraît pas curable ; l'urine contient sept grammes d'albumine et des cylindres granulo-graisseux ; elle est mousseuse, d'une quantité quotidienne de deux litres et demi ; de plus, il y a tendance à l'incontinence. Il trouve une vessie petite, contenant 100 grammes à l'état de plénitude et beaucoup de pus.

Dès ce moment, l'état général devient meilleur ; il y a disparition de tous les symptômes pénibles, l'embonpoint revient et les urines deviennent presque claires ; l'albumine est tombée à deux ou trois grammes ; il semble que la malade va guérir, et on espère pouvoir fermer sa fistule dans quelques mois. Il est à remarquer que le jour elle perd des urines par l'urètre, et que la nuit toutes les urines remontent par la bouche hypogastrique.

A la fin de 1897 et au début de 1898, la fistule ayant commencé à se fermer et ne laissant plus s'écouler que peu d'urines, la vessie reprenait ses contractions et l'envie d'uriner revenait d'une façon régulière et normale, l'urine s'écoulant par l'urètre. Mais, malheureusement, l'amaigrissement reparait, puis des troubles de la vue, puis des œdèmes, et l'orifice sus-pubien s'étant obstrué, il y a menace d'urémie. Cet orifice est donc dilaté et dès que l'urine reprend son cours par ce trajet, l'état général redevient meilleur.

Depuis cette époque, cette malade a toujours deux à trois grammes d'albumine dans les urines quotidiennes qui sont rendues par la fistule créée ; parfois, surviennent quelques troubles digestifs ou oculaires légers. Elle vit en se tenant à un régime lacto-végétarien ; elle mange cependant parfois un peu de viande, mais, dès qu'elle se sent moins bien, elle revient au lait exclusif. Elle n'est ni mieux

ni pire qu'il y a quelques années, après son opération ; son état est stationnaire, mais elle vit.

OBSERVATION XLVII

(Personnelle. — Prise dans le service du docteur PAUCHET)

Rupture de l'urètre périnéo-bulbaire. Urétrotomie externe, puis cathétérisme rétrograde. Drainage sus-pubien.

X..., 35 ans, tombe en 1901 à califourchon sur une barre et se fait une rupture de l'urètre.

Il rentre en état de rétention d'urine au Pavillon Duvau-chel (Hospice des Incurables d'Amiens). M. Pauchet constate une ecchymose énorme dans la région périnéale ; la vessie est distendue, le cathétérisme reste impraticable.

Il fait alors une incision périnéale dans le but de mener une sonde dans la vessie ; l'urètre est rompu dans sa totalité dans sa portion périnéo-bulbaire, mais très en arrière ; le bout postérieur de cet urètre rompu étant resté introuvable, la taille hypogastrique est faite séance tenante, afin de pratiquer le cathétérisme rétrograde ; la vessie reste drainée au-dessus du pubis.

Les suites opératoires sont des plus simples et la guérison, tant du périnée que de l'hypogastre, est complète en trois semaines ; le malade est cependant passé aux Béniqué pendant quelque temps.

OBSERVATION XLVIII

(Inédite. — Docteur V. PAUCHET)

Rupture de l'urètre membraneux. Cathétérisme rétrograde et drainage vésical sus-pubien. Guérison.

En 1902, M. Hue, d'Ailly-sur Somme, appelle M. le docteur Pauchet auprès d'un malade de 50 ans, ayant reçu un coup sur le périnée à la suite d'une chute à califourchon sur une barrière, d'où rupture de l'urètre membraneux.

Depuis l'accident, le malade n'a pas uriné ; il est en rétention complète ; la vessie est distendue ; le cathétérisme reste impraticable.

M. Pauchet incise d'urgence la vessie au-dessus du

pubis, pratique le cathétérisme rétrograde, laisse une sonde à demeure dans l'urètre, tout en établissant un drainage sus-pubien de la vessie.

Tout alla si bien que la guérison définitive et complète était obtenue en trois semaines.

OBSERVATION XLIX

(Inédite. — Docteur C. FOURNIER)

Rupture de l'urètre profond par fracture du bassin ; rétention d'urine et infiltration urinaire ; cystostomie sus-pubienne. Urétrotomie externe. Guérison.

B..., ouvrier maçon, 35 ans, entre à la clinique du docteur Fournier, le 26 septembre 1899, pour un traumatisme violent, survenu en déchargeant des briques ; il est tombé du haut d'un tombereau sur une traverse de bois, probablement à califourchon. Il a uriné du sang et présente une ecchymose du périnée et du scrotum. Etat général médiocre, pouls rapide, affaïssement.

Au bout de 6 heures, la vessie bombe à la région sus-pubienne, et il y a de violentes envies d'uriner. Une ponction ramène 3/4 de litre environ d'urine, légèrement sanguinolente à la fin. Le lendemain, l'infiltration d'urine est nettement constatée au niveau du scrotum à droite. Le malade ne peut pas uriner et se refuse au cathétérisme, qui est très douloureux.

La taille hypogastrique est faite d'urgence, pour dériver le cours de l'urine ; l'état général devient de suite meilleur, mais la température monte à 38°, puis 39.

Aussi, au quatrième jour, une incision du périnée sur la ligne médiane de la base du scrotum est faite, d'abord pour évacuer un liquide uro-purulent de la région inguinoscrotale droite, puis pour constater que l'urètre est rompu du côté droit, par fracture du bassin. Une sonde est facilement mise et laissée à demeure, et la guérison est rapide, en quelques semaines.

OBSERVATION L.

(Inédite. — Docteur C. FOURNIER)

*Cystite douloureuse. Cystostomie sus-pubienne. Guérison
en trois mois.*

Madame X..., d'Amiens, 37 ans, débitante.

Blennorrhagie datant de 18 mois et ayant nécessité l'incision d'une bartholinite, puis un curettage pour métrite ancienne fongueuse, revient consulter le docteur Fournier en 1899, pour cystite rebelle. Lavages et instillations au nitrate d'argent, pendant deux mois, qui amènent une amélioration. La malade est perdue de vue.

Elle consulte à nouveau, en février 1900, pour des douleurs atroces que rien ne peut calmer, consistant en ténésme vésical, dysurie ; elle marche difficilement et souffre de la région hypogastrique, même quand elle reste au repos ; fréquence ; urine purulente : polyurie (deux à trois litres par jour).

Après essai du repos, des injections chaudes et de quelques lavages et instillations vésicales pendant trois semaines, le docteur Fournier, voyant que rien ne peut calmer les douleurs, pratique une cystostomie sus-pubienne.

Le résultat est immédiatement bon, les douleurs disparaissent de suite. La fistule hypogastrique, créée le 10 mars 1900, se ferme au bout de trois mois, spontanément. La malade, revue dans le cours de l'année, n'a plus de douleurs, quoique les urines soient restées un peu purulentes. Elle a été perdue de vue depuis.

OBSERVATION LI

(Inédite (1). — Docteur CANNIOT)

*Cystite calculieuse particulièrement douloureuse. —
Cystostomie sus-pubienne. — Guérison.*

Le 12 octobre 1902, entre à l'hôpital de Saint-Quentin le

(1) Cette observation nous a été gracieusement communiquée par notre ami Gamas, interne de l'hospice civil de Saint-Quentin : nous le prions d'agréer nos sincères remerciements.

nommé R..., 25 ans. Il se plaint d'uriner très péniblement, et d'avoir des urines sanglantes.

Au début de son affection, R..., alors âgé de 10 ans, avait, étant à l'école, de violentes envies d'uriner ; depuis, les mictions sont devenues difficiles ; les urines devinrent troubles vers la fin de la miction, avec dépôt de sable ; le malade a vu quelquefois du sang dans ses urines.

A l'heure actuelle, douleurs très pénibles survenant par accès, lancinantes, localisées au bas-ventre, atroces et s'irradiant vers le périnée. Depuis longtemps, déjà, les douleurs sont surtout accentuées à la fin des mictions, se prolongeant après elles, quelquefois assez vives pour causer une syncope ; le malade ne peut arriver à vider sa vessie ; il a remarqué que, la plupart du temps, au bout de quelques secondes, le jet finissait brusquement, avec apparition des exacerbations des douleurs ; besoin d'uriner toutes les dix minutes.

Le cathétérisme est très pénible, et l'exploration, faite à grand-peine, fait découvrir un calcul vésical volumineux. Dans les urines, il y a du sang, du mucus, un peu de pus, mais pas d'albumine ; les reins sont sains et la température normale.

En présence de cette cystite, particulièrement douloureuse, pour ne pas prolonger les souffrances du patient, M. le docteur Canniot pratique une taille hypogastrique ; la lithotritie n'était pas possible à cause de l'état de la vessie et du volume du calcul.

Opération le 14 octobre, on retire de la vessie un gros calcul phosphatique mesurant 0,05 — 0,04 — 0,01, sous ses trois dimensions. M. Canniot ne croit pas devoir faire la suture immédiate de la vessie, à cause des douleurs et de l'infection vésicale, qui ont complètement cédé au drainage sus-pubien.

Le 8 novembre, vingt-six jours après l'opération, la petite fistule hypogastrique est complètement cicatrisée ; les urines sont limpides.

OBSERVATION LII

(Inédite. — Docteur X. DELORE)

*Cystite variqueuse ; hématuries graves ; cystostomie
sus-pubienne d'urgence. Guérison.*

X..., 60 ans, est envoyé le 22 juin 1901, à la clinique de M. le Professeur Poncet, par le docteur Raymond (de Montplaisir).

C'est un homme d'une bonne santé habituelle, n'ayant jamais présenté de troubles urinaires antérieurs.

Il y a huit jours, le 14 juin, survient brusquement une hématurie spontanée, indolore et très abondante, qui cède par le repos.

Le 22 juin, se produit une nouvelle hématurie qui l'amène à l'hôpital ; cette hématurie est si abondante qu'elle a causé une anémie hémorragique grave ; de plus, elle a provoqué une rétention vésicale complète, accompagnée de douleurs intolérables ; le cathétérisme, immédiatement tenté, n'aboutit qu'à une fausse route.

Le même état persiste jusqu'au 23 juin ; M. Delore pratique dans ces conditions une cystostomie sus-pubienne d'urgence ; la vessie est distendue par d'énormes caillots noirâtres d'hématocèle vésicale ; après évacuation, on peut constater une légère ulcération située à gauche et en arrière, provenant d'une rupture de varice vésicale ; les parois de la vessie sont souples, non épaissies.

Laguérison fut rapide ; l'hémorragie s'arrêta pour ne plus reparaitre ; et le malade quittait l'Hôtel-Dieu le 30 juillet avec sa fistule hypogastrique complètement oblitérée.

M. Delore a revu le malade totalement guéri le 10 juin 1902 ; jamais aucun accident n'est survenu ; l'hématurie ne s'est jamais reproduite.

OBSERVATION LIII

(Inédite. — Docteur X. DELORE)

Cystite tuberculeuse, grave, douloureuse. Cystostomie sus-pubienne d'urgence. Amélioration.

Jean D..., 59 ans, de Craponne (Rhône), entre le 17 juil-

let 1899, dans le service de M. le professeur Poncet, en se plaignant de troubles urinaires remontant à 3 ans environ. Il n'a jamais eu de chaude-pisse.

Il y a huit jours on a dû le sonder pour un accès de rétention; même manœuvre le 17 juillet.

À son entrée à l'hôpital, la vessie est distendue à l'excès; la prostate est de volume normal; les testicules et les épидidymes sont sains. La température est à 39°, la langue sèche, la voix voilée, le teint jaunâtre, marquant une cachexie urinaire profonde. Un cathétérisme prudent ne réussit pas et ramène uniquement un peu de sang; il est la cause d'exacerbation des vives douleurs qui existent, d'une façon continue, atroces et intolérables.

Cystostomie sus-pubienne d'urgence. M. Delore trouve de l'œdème et de l'infiltration des plans prévésicaux, un cul-de-sac adhérent à la symphyse, des urines infectées dans le bas-fond de la vessie. Le col vésical est irrégulier, déchiqueté; de gros blocs sphacelés nagent dans le contenu vésical.

Les suites opératoires furent excellentes; les douleurs disparurent aussitôt après l'opération, et le 24 août, le malade quittait l'Hôtel-Dieu, transformé et porteur d'une fistule hypogastrique.

Il y revenait le 1^{er} octobre avec une ulcération tuberculeuse du méat hypogastrique, et mourait, mais sans n'avoir plus jamais souffert, des suites du progrès de l'infection tuberculeuse, le 10 novembre de la même année.

CONCLUSIONS

1° — Malgré les progrès réalisés dans ces dernières années dans la chirurgie des affections de l'appareil urinaire, aussi bien dans leurs traitements curatifs (en particulier, les prostatectomies) que dans leurs traitements palliatifs (sonde à demeure, surtout), nombreuses et variées restent encore les applications de la cystostomie sus-pubienne, mais avec des indications plus restreintes et plus rares, que cette thèse a pour but de préciser.

2° — D'une façon générale, et quelle que soit l'affection considérée, la cystostomie hypogastrique trouve son indication dans la gravité des accidents urinaires, rétention, infection, hématurie, douleur, et dans la contre-indication, l'impossibilité d'emploi ou l'inefficacité d'action des autres moyens de traitement, palliatifs ou radicaux, ordinairement mis en œuvre contre ces accidents.

3° — Elle est indiquée tout particulièrement, par exemple : Dans l'impossibilité de pratiquer le cathétérisme en cas de rétention complète aiguë, après l'essai de la ponction aspiratrice sus-pubienne, si le

malade est aseptique, mais sans employer celle-ci s'il y a infection ; dans la rétention et l'infection chroniques avec difficultés du cathétérisme ; dans l'infection grave après l'impuissance dûment reconnue de la sonde à demeure ; après l'échec de la sonde avec aspiration dans l'hématurie profuse ; dans la cystalgie rebelle à toute thérapeutique.

4° — Plusieurs facteurs d'indication peuvent primer tout dans ces conditions et faire renoncer à tout essai de cure radicale, prostatectomie chez les prostatiques, urétrotomie dans les rétrécissements et les ruptures de l'urètre, suture vésicale dans les traumatismes de la vessie, etc... Ce sont : l'état général et l'âge du sujet, les conditions de milieu surtout (cystostomie à domicile), et l'expérience chirurgicale du médecin.

5° — Employée dans les circonstances précédentes, toutes de nécessité, rares mais possibles, la cystostomie sus-pubienne doit être regardée surtout à l'heure actuelle, comme une intervention d'attente ; ainsi entendue, elle reste, en dépit de tous les reproches qu'on a pu lui faire, une bonne opération : opération d'urgence et de contrainte presque toujours, opération de choix presque jamais ; l'établissement raisonné d'un urètre artificiel sus-pubien (Ecole de Poncet) devant être l'exception.

6° — Car le méat sus-pubien, créé par la cystostomie, quel que soit le mode opératoire employé, peut toujours être temporaire ou définitif.

7° — Temporaire, celle que l'on fait encore, celle que l'on fera toujours ; la cystostomie sus-pubienne peut convenir aux individus porteurs de tumeurs opérables de la prostate (hypertrophie simple ou cancer) de la vessie et de l'urètre, aux rétrécissements

compliqués (obstacle infranchissable, infection grave, fistules, etc.) et curables de l'urètre, aux traumatismes urétraux et vésicaux, et à certaines variétés de cystites graves, mais curables (douloureuse, calculuse, variqueuse ou tuberculeuse, par exemple.)

A ce titre temporaire, elle sera la guérison du malade, ou une préparation à d'autres moyens thérapeutiques, curateurs le plus souvent, qui devront être appliqués une fois paré le danger, quand l'état local et général de l'opéré sera tel qu'il pourra bénéficier sûrement de cette opération curative.

8° — Dans certains cas des affections précédentes où la cure radicale se trouve contre-indiquée pour jamais (sénilité, lésions rénales graves, cachexie incurable, tumeurs inopérables, cystites rebelles) la cystostomie hypogastrique permanente est encore maintenant l'ultime et seule ressource. Ces cas incurables doivent devenir heureusement beaucoup plus rares aujourd'hui que l'on tend à intervenir radicalement d'une façon plus précoce.

Elle sera pratiquée alors avec la ferme intention de laisser la fistulisation définitive de la vessie, si c'est là la seule condition du maintien de la guérison ou de l'amélioration des symptômes pénibles qui l'auront motivée.

9° — Enfin, en dehors de l'indication d'ouvrir et de drainer momentanément la vessie en cas d'hématocèle vésicale, septique ou non, causée par une affection hématuripare du rein (trauma, tuberculose, cancer, etc.) ; en dehors de l'utilité qu'il peut y avoir à drainer un rein infecté (pyélonéphrite) par la dérivation sus-pubienne des urines ; peut-être y a-t-il, pour l'avenir, un champ nouveau ouvert à la cystostomie sus-

pubienne raisonnée, peut-être y aurait-il lieu de l'essayer dans certaines affections du rein, réputées incurables (néphrorragies, néphrites chroniques).

Vu :

Le Professeur :
TERRIER.

Vu :

Le doyen :
DEBOVE

VU ET PERMIS D'IMPRIMER :

Le vice-recteur de l'Académie de Paris,
L. LIARD.

INDEX BIBLIOGRAPHIQUE (1)

- ADENOT. — *Arch. provinc. de chir.* fév. 1902.
- ALBARRAN. — *Assoc. franc. d'urol.* 1896. — *Annales des org. gén. urin.* 1899, p. 113. — *Traité de Chirurgie* de LE DENTU ET DELBET : T. IX ; art: *prostate*. T. VIII ; art : *Rein*.
- AUNEAU. — *Thèse de Paris*, 1895.
- AUDRY (Ch). — *Arch. provinc. de chir.*, juin 1902.
- BÉRARD. — *Société des Sciences Médic. de Lyon*, 1899.
- BÉRARD ET TRILLAT. — *Bulletin Médical*, 1901, XV, p. 73.
- BERNAYS (A. Ch.) — *Médical News* ; 22 fév. 1902.
- BERTIN WILLIAMS. — *Polyclinique de Bruxelles*, 1902.
- BLAGOWJETSCHENSKI. — *Monatsberichte für urol*, 1902, VII.
- BONAN. — *Thèse de Lyon*, 1892.
- BOUSQUET. — *Centre Médical* (Commentry), 1900, V. p. 134.
- BRENNAM. — *Gazette de Gynécologie*, 1900, XV, p. 116.
- BRUCE CLARKE. — *British medical journal*, 1900, II, p. 1182 et 1903, 4 juillet.
- CARLIER. — *Echo Médical du Nord*, 1900, p. 469 et 1902 p. 481.
- CARPENTIER. — *Nashville Journal Médical Assoc. Surg.* : LXXXVIII, p. 247.
- CHRISTOPHENSON (J.-R.) — *Brit. Méd. Journ.* 29 mars 1902.
- DARGEIN. — *Thèse de Bordeaux* 1901.

(1) Pour ce qui est antérieur à 1899, notre index bibliographique ne mentionne que quelques ouvrages des plus importants, et des plus documentés sur les indications de la cystostomie ; pour plus amples renseignements, nous renvoyons à la liste bibliographique complète, dressée par MM. A. Poncet et X. Delore, à la fin de leur *Traité de la cystostomie sus-pubienne*.

- DELBRU (Michel). — *Thèse de Lyon*, 1899.
- DELEFOSSE. — *Ann. des org. gén. urinaires*, p. 529, 1899.
- DELEUZE. — *Thèse de Lyon*, 1901.
- DELORE (X). — *Gazette des Hôpitaux*, sept. 1897. — *Soc. de Méd. de Lyon*, 1897. — *Gazette heb. de Méd. et de Chir.*: 5 avril 1900.
- DESNOS. — *Bulletin Médical*, 1901, IX, p. 93. — *Traitements modernes de l'hypertrophie de la prostate*, (Paris-Masson).
- DOMAGE. — *Thèse de Lyon*, 1899.
- ESCAT (J.). — *5^e séance de l'Ass. franc. d'urol.* 1901.
- FAUCON (D^r V.). — *Soc. des Sciences méd. de Lille*, 1899.
- FAURE. — *Thèse de Lyon*, 1895.
- FORGUE ET RECLUS. — *Traité de Thérapeutique chirurgicale*.
- FORGUE. — *Traité de Chirurgie de DUPLAY et RECLUS*: T. VII.
- FURBURY. — *Thèse de Paris*, 1900.
- GARREL. — *Gazette des hôpitaux*, 1899. N^o 95.
- GAYME. — *Dauphiné médical*. XXIV, p. 3, 1900.
- GOLDMAN. — *Beitrag. Z. Klin. Chir.*, 1901, XXI, p. 4.
- GRYOPITIS. — *Thèse de Lyon*, 1900.
- GUYON (J. C. F.). — *Leçons cliniques*, 1903.
- HAENENS (Ant. d'). — *Société d'urol. de Bruxelles*, fév. 1902.
- HAHN. — *Thèse de Lyon*, 1899.
- HAMONIC. — *Revue clin. d'androl. et de gynec.*, 1902.
- HARRISSON (R.). — *Brit. médical Journ.*, 4 juillet 1903.
- HÉRESCO et LACAILLE. — *Ann. des org. gén. urin.*, 1899, p. 258.
- J. JANET. — *Ann. des org. gén. urin.*, 1899, p. 161.
- JOUON (E.). — *Ann. des org. gén. urin.*, 1902, p. 1025.
- LAURENT. — *Archiv. méd. de Toulouse*, 1901.
- LAWRIE (Hugh.). — *Brit. médical Journal*, 28 février 1903.
- LECLERC DANDROY. — *Annales de la Soc. belge de Chir.*, 1900.
- LEGUEU. — *Assoc. franç. d'urol.*, octobre 1896. — XXII^e Congrès internat. de méd., 1900. — *Traité de chirurgie clinique et opératoire de LE DENTU et P. DELBET*, T. IX. — *Leçons de clinique chirurgicale*, Paris 1901.
- LEJARS. — *Traité de chirurgie d'urgence*, Paris 1901.
- LOHÉAC. — *Société anat. clinique de Lille*, 1899.

- LILIENTHAL. — *Médical Record*, 18 janv. 1902.
- LOUMEAU. — *Associat. franç. d'urol.*, 1896. — *Annales de la polyclin. de Bordeaux*, 1901. p. 1723.
- MAILLAUD et PIOLLET. — *Lyon médical*, 19 mai 1901.
- MARION. — *Manuel de Technique chirurgicale des opérations courantes*, 1903.
- MEYER. — *Americ. surg. Assoc.*, juin 1902.
- MICHEL et GROSS. — *Soc. des Sciences méd. de Nancy*, 1899.
- MICHON. — *Thèse de Paris*, 1895.
- MINCERA. — *Gaz. Lek. Warszawa*, 1900. XX, p. 1136.
- NEWMARK. — *Médical Record*, 27 sept. 1902.
- ORVILLE ORWITZ. — *Philadelphia Med. Journ.*, 22 juin 1901.
- PONCET. — *Gazette hebdom.*, 16 juin 1894. — *Société de chir.*, nov. 1894.
- A. PONCET et X. DELORE. — *Traité de la cystostomie sus-pubienne chez les prostatiques. Applications de cette nouvelle méthode aux diverses affections des voies urinaires.* Paris, MASSON, 1899.
- POWERS (Chas. A.). — *Americ. surg. Assoc.*, juin 1902.
- POUSSON, POTHERAT, etc. — *Association franç. d'urol.*, 1896.
- PREINDESLEYER, *Wien. Klin. Rundschau*, 1903; XVII, p. 37.
- RICARD et LAUNAY. — *Traité de Thérapeutique chirurgicale.*
- RÖDMAN. — *Thèse de Leipzig*, 1900.
- ROUSSELIER. — *Thèse de Paris*, 1900.
- SARGNON. — *Bulletin médical*, 9 oct. 1898.
- SOUTHAM (F. A.). — *Brit. medic. Journ.*, 19 avril 1903.
- TROMBERT. — *Thèse de Paris*, 1900.
- TUFFIER. — *Traité de chirurgie de Duplay et Reclus*, t. VIII.
- VERRIÈRE. — *Lyon médical*, 23 sept, 1900.
- VON FRISH. — *Les maladies de la prostate* (traduction française). Paris, ROUSSET, 1903.
- WENZEL (F.). — *Deutsch. Medicin. Woch. Leipzig*, 1903.
- WENZEL (R.). — *Semana medica de Buenos-Ayres*, oct. 1901.
- WIETH. — *New York Med. Journ.*, 1901. LIX, p. 44.
- ZUCKERKANDL (Otto). — *Wiener. Klin. Woch.*, 24 oct. 1901.